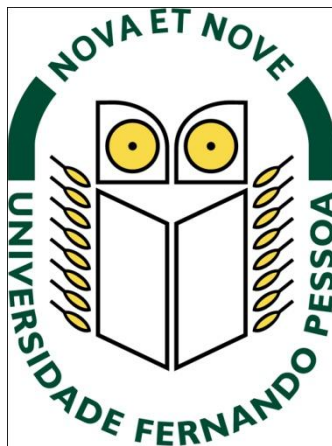


**Sónia Manuela Silva Pinto**

**"Conhecimentos e Comportamentos face ao VIH/Sida em Alunos do Ensino Superior"**



**Universidade Fernando Pessoa**

**Faculdade de Ciências da Saúde**

**Ponte de Lima, 2010**



**Sónia Manuela Silva Pinto**

**"Conhecimentos e Comportamentos face ao VIH/Sida em Alunos do Ensino Superior"**



**Universidade Fernando Pessoa**

**Faculdade de Ciências da Saúde**

**Ponte de Lima, 2010**

**Sónia Manuela Silva Pinto**

**"Conhecimentos e Comportamentos face ao VIH/Sida em Alunos do Ensino Superior"**

**Atesto a originalidade do Trabalho:**

---

**(Sónia Manuela Silva Pinto)**

"Monografia apresentada à  
Universidade Fernando Pessoa como  
parte dos requisitos para a obtenção do  
grau de Licenciatura em Enfermagem."

## SUMÁRIO

A infecção pelo VIH/SIDA é uma doença provocada por um vírus que atinge o sistema imunitário levando a uma resposta deficiente por parte do mesmo.

Apesar da inexistência de fármacos capazes de eliminar por completo o vírus do organismo, a descoberta dos medicamentos anti-retrovíricos veio proporcionar aos seropositivos para o VIH uma maior esperança e melhor qualidade de vida, visto que estes conseguem baixar a carga vírica para valores mínimos e preservar a função imunológica do organismo, retardando a evolução da doença.

A transmissão da infecção está associada aos comportamentos humanos, designados por comportamentos de risco, tal como, relações sexuais desprotegidas e a partilha de materiais infectados (materiais corto-perfurantes contaminados, ...). A disseminação da infecção pelo vírus VIH/Sida tem vindo a aumentar ao longo dos anos, de modo que, para tentar impedir esse aumento tem de persistir numa mudança dos comportamentos de risco.

Os jovens devem ser o grupo alvo nas políticas de prevenção da transmissão, visto que a maior prevalência de casos corresponde à faixa etária entre os 20 e os 49 anos, que engloba o período do jovem adulto, outro motivo é a idade de início da actividade sexual estar a diminuir. Estes factores determinam a existência de um grande risco para as doenças sexualmente transmissíveis, nomeadamente a infecção pelo VIH, sendo essencial adquirir conhecimentos/informação adequada para um comportamento sexual saudável e responsável.

A única forma de evitar a propagação da doença, é através da partilha de informação acerca dos conhecimentos actuais sobre a doença e os mecanismos preventivos que podem e devem ser adoptados, a fim de prevenir o contágio.

Neste sentido, surge a investigação intitulada "Conhecimentos e Comportamentos face ao VIH/Sida em Alunos do Ensino Superior", para qual foram definidos os seguintes objectivos específicos: identificar os conhecimentos dos alunos do ensino superior relativamente aos mecanismos de contágio e métodos contraceptivos eficazes na prevenção da infecção, verificar se os alunos do ensino superior adoptam comportamentos adequados para a prevenção da infecção, identificar se o conhecimento

sobre o VIH/Sida alterou de alguma forma o comportamento para a prevenção da infecção dos alunos do ensino superior.

Para o decorrer da investigação, procedeu-se à elaboração do trabalho através de um estudo descritivo simples com apoio numa abordagem quantitativa. Utilizou-se como instrumento de colheita de dados o questionário, constituído maioritariamente por perguntas fechadas, contendo algumas perguntas de resposta aberta.

A amostra total resultou em trinta e cinco indivíduos. Posteriormente à colheita de dados, estes foram tratados no programa informático Microsoft Office Excel 2007, apresentados depois em forma de quadros e gráficos para melhor análise e discussão.

Os principais resultados desta investigação mostram que a população apresenta carências ao nível dos conhecimentos sobre a infecção VIH/Sida, o que promove comportamentos de risco por parte dos indivíduos, pelo que é necessário investir em formação nesta temática, principalmente nas vias de transmissão da infecção.

**Palavras-chave:** Conhecimento; Comportamentos; VIH/Sida; Jovens Adultos.

## **ABSTRACT**

The HIV/AIDS infection is a disease caused by a virus which attacks the immune system causing it to work deficiently.

Despite the nonexistence of pharmaceutical drugs capable of completely eliminating the virus from the organism, the discovery of antiretroviral medications made it possible for people who are infected with HIV to live longer and better, because they are able to lower the virus's effectiveness to the minimum and preserve the body's immune system, thus slowing down the disease's effects.

The transmission of the infection is related to human behaviors, which we designate as risk behaviors, such as having unprotected sexual intercourse or sharing infected objects (contaminated piercing and cutting instruments). The dissemination of the infection by HIV/AIDS has been increasing throughout the years and we must insist on the elimination of risk behaviors in order to stop this reality.

The prevention campaigns should focus on young people, because there is a higher prevalence of infection cases in the group aged between 20 and 49 years old, which includes young adults, and because people start being sexually active earlier in their lives. These facts contribute to a higher risk of infection by sexually transmitted diseases, namely HIV, and make it essential for everyone to obtain adequate information regarding safe and responsible sexual behaviors.

The only way to avoid the proliferation of the disease is to share information about the current available data on this disease and the prevention behaviors that should and must be adopted in order to prevent the infection to occur.

This intention led to the research "Awareness of HIV/AIDS and Sexual Behaviors in University Students". This study had the following specific goals: to identify the information college students have about the means of infection and the birth-control methods which are effective in the prevention of the infection; to assess whether university students engage in adequate behaviors which allow them to prevent getting infected; to evaluate whether the awareness of HIV/AIDS in any way gave room to behavioral changes leading to the prevention of sexually transmitted diseases.

This research was based on a simple descriptive study of the data gathered and was supported on a quantitative analysis. The sampling instrument used was a questionnaire, mostly composed of closed questions, but also featuring some open questions.

The target sample was a group of thirty-five individuals. The data collected were handled with the help of the computer application Microsoft Office Excel <sup>TM</sup> and will be presented in the form of tables and graphics for further analysis and discussion.

The most relevant results this investigation led to show that the general population lacks knowledge on HIV/AIDS infection, reason why there is such a high prevalence of risk behaviors. This fact leads to conclude that it is necessary to invest in the spreading of the information available on this subject, namely the means of infection and the prevention behaviors.

**Keywords:** Awareness; Behaviors; HIV/AIDS; Young adults.

## **Dedicatória / Agradecimentos**

*Dedico cada página, cada palavra desta investigação, os quatro anos deste meu processo de formação em Licenciatura em Enfermagem.*

*Aos meus Pais pela compreensão, paciência, companheirismos, dedicação e pelo esforço em todo este percurso, são a essência do meu sucesso.*

*Ao meu namorado que sempre me ajudou e apoiou e nunca duvidou do meu sucesso na concretização do meu percurso académico.*

*Agradeço aos meus irmãos, pelo apoio e compreensão.*

*Aos meus familiares que sempre me incentivaram em todo o meu percurso.*

*À minha orientadora, Enfermeira Paula Fonseca, pela sua disponibilidade e ajuda na elaboração deste trabalho.*

*Por fim, agradeço a todos os meus amigos, por estarem aos meu lado neste "pequeno" percurso que está inserido na grande caminhada que é a vida.*

**A todos, o meu MUITO OBRIGADA!**

## **Siglas**

ADN - Ácido Desoxirribonucleico

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome

AIDSPortugal - Acquired Immune Deficiency Syndrome Portugal

ARN - Ácido Ribonucleico

CDC - Centers For Disease Control

DIU - Dispositivo Intra Uterino

DST's - Doenças Sexualmente Transmissíveis

ELISA - Enzyme-Linked Immunosorbent Assay

HAART - Terapia Antiretroviral Altamente Activa

HIV - Human Immunodeficiency Virus

HIV 1 - Human Immunodeficiency Virus 1

HIV 2 - Human Immunodeficiency Virus 2

INE - Instituto Nacional de Estatísticas

INSA - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

OMS - Organização Mundial de Saúde

SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Humana

UNAIDS - Joint United Nations Programme On HIV/AIDS

VIH - Vírus De Imunodeficiência Humana

VIH 1 - Vírus De Imunodeficiência Humana 1

VIH 2 - Vírus De Imunodeficiência Humana 2

### **Abreviaturas**

PA - Portadores assintomáticos

p. - página

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>Capítulo I - Enquadramento Conceptual .....</b>	<b>19</b>
1. Formulação do Problema de Investigação .....	19
1.1. Justificação e Delimitação do Tema de Investigação .....	19
1.2. Pergunta de Investigação .....	20
1.3. Questões de Investigação .....	20
1.4. Objectivos de Investigação .....	21
1.5. Contextualização Teórica .....	22
i.v.i. Aspectos Históricos .....	22
i.v.ii. Dados epidemiológicos sobre o VIH/Sida .....	25
i.v.ii.i. Situação actual em Portugal .....	27
i.v.iii. A infecção pelo VIH/Sida .....	28
i.v.iii.i. Fisiologia da Sida .....	34
i.v.iii.ii. Mecanismos de Transmissão do VIH .....	35
i.v.iii.ii.i. Transmissão Sexual .....	36

i.v.iii.ii.ii. Transmissão Sanguínea .....	38
i.v.iii.ii.iii. Transmissão Vertical.....	40
i.v.iii.iii. Prevenção da Infecção pelo VIH no Jovem Adulto .....	41
i.v.iii.iii.i. O Jovem Adulto .....	43
i.v.iii.iv. Testes Específicos de Detecção do VIH .....	44
i.v.iii.v. Terapia Antiretroviral .....	45
1.6. O papel do enfermeiro na prevenção - educação para a saúde e adopção de comportamentos .....	46
<b>Capítulo II – Enquadramento Metodológico .....</b>	<b>49</b>
2.1. Metodologia de Investigação .....	49
2.2. Tipo de Estudo .....	49
2.3. População e Amostra .....	50
2.4 Definições de Variáveis .....	51
2.5 Instrumento de colheita de dados .....	51
ii.v.i.. Pré-teste .....	52
2.6. Tratamento de Dados .....	53
2.7. Considerações éticas .....	54

<b>Capítulo III – Enquadramento Empírico .....</b>	<b>56</b>
3.1. Apresentação e análise de dados .....	56
3.2. Discussão dos resultados .....	81
<b>Conclusão .....</b>	<b>89</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>91</b>

## **Apêndices**

Apêndice I – Consentimento Informado

Apêndice II – Questionário

## **Anexos**

Anexo I – Evolução da Epidemia da Sida

Anexo II – Distribuição dos casos por grupo etário e género

Anexo III – Distribuição dos casos por categorias de transmissão e ano de diagnóstico

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Casos de SIDA: tendências temporais nas 3 principais categorias de transmissão .....	28
<b>Gráfico 2</b> - Contagem de células CD4 e CD8 durante a infecção pelo VIH .....	31
<b>Gráfico nº 3</b> - Distribuição de dados relativamente ao Género dos Alunos do Ensino Superior incluídos na amostra .....	57
<b>Gráfico nº 4</b> - Distribuição de dados relativamente à Idade dos alunos incluídos na amostra .....	57
<b>Gráfico nº 5</b> - Distribuição dos dados relativamente ao curso frequentado pelos alunos incluídos na amostra .....	58
<b>Gráfico nº 6</b> - Distribuição dos dados relativamente ao início da actividade sexual dos alunos incluídos na amostra .....	60
<b>Gráfico nº 7</b> - Distribuição dos dados relativamente à idade em que os alunos do ensino superior, incluídos na amostra, iniciaram a actividade sexual.....	60
<b>Gráfico nº 8</b> - Distribuição dos dados relativamente ao número de parceiros sexuais desde o início da actividade sexual dos alunos incluídos na amostra .....	61
<b>Gráfico nº 9</b> - Distribuição dos dados relativamente à frequência de consultas de planeamento familiar pelos alunos incluídos na amostra .....	62
<b>Gráfico nº 10</b> - Distribuição dos dados relativamente aos locais onde os alunos, incluídos na amostra, frequentam as consultas de planeamento familiar .....	63
<b>Gráfico nº 11</b> - Distribuição dos dados relativamente à utilização de algum método contraceptivo pelos alunos incluídos na amostra .....	64

<b>Gráfico nº 12</b> - Distribuição dos dados relativamente à utilização pelos alunos, incluídos na amostra, de algum método contraceptivo para evitar a transmissão da infecção do VIH/ Sida em todas as suas relações sexuais .....	66
<b>Gráfico nº 13</b> - Distribuição dos dados relativamente à recusa de relações sexuais sem preservativo nos alunos incluídos na amostra .....	68
<b>Gráfico nº 14</b> - Distribuição dos dados relativamente à insistência na utilização de preservativo como método contraceptivo numa relação, pelos alunos do ensino superior incluídos na amostra .....	70
<b>Gráfico nº 15</b> - Distribuição dos dados relativamente ao conhecimento do significado da sigla Sida pelos alunos do ensino superior incluídos na amostra .....	71
<b>Gráfico nº 16</b> - Distribuição dos dados relativamente ao conhecimento dos alunos, incluídos na amostra, sobre vulnerabilidade das pessoas infectadas com o VIH/Sida a múltiplas infecções .....	74
<b>Gráfico nº 17</b> - Distribuição dos dados relativamente à existência da possibilidade de ser infectado com o VIH/Sida .....	75
<b>Gráfico nº 18</b> - Distribuição dos dados relativamente à alteração dos comportamentos nas práticas sexuais pelos alunos, incluídos na amostra, após o conhecimento sobre o VIH/Sida .....	76
<b>Gráfico nº 19</b> - Distribuição dos dados relativamente à realização pelos alunos, incluídos na amostra, do rastreio da infecção pelo VIH .....	77

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro nº 1</b> - Categorias clínicas do sistema de classificação do CDC em pessoas infectadas pelo VIH .....	33
<b>Quadro nº 2</b> - Categorias pela contagem de CD4 .....	33
<b>Quadro nº 3</b> - Distribuição dos dados relativamente a onde vivem os alunos, incluídos na amostra, em tempo de aulas .....	59
<b>Quadro nº 4</b> - Distribuição dos dados relativamente ao(s) método(s) contraceptivo(s) utilizados pelos alunos incluídos na amostra .....	65
<b>Quadro nº 5</b> - Distribuição dos dados relativamente ao método utilizado pelos alunos, incluídos na amostra, para evitar a transmissão do VIH/Sida .....	67
<b>Quadro nº 6</b> - Distribuição dos dados relativamente ao contraceptivo que os alunos, incluídos na amostra, consideram mais seguro na prevenção da infecção pelo VIH .....	69
<b>Quadro nº 7</b> - Distribuição dos dados relativamente ao conhecimento dos alunos, incluídos na amostra, sobre os mecanismos de transmissão do VIH/Sida .....	72
<b>Quadro nº 8</b> - Distribuição dos dados relativamente ao conhecimento dos alunos, incluídos na amostra, acerca da transmissão do VIH de mãe para o filho .....	73
<b>Quadro nº 9</b> - Distribuição dos dados relativamente ao motivo de ter realizado o rastreio do VIH .....	78
<b>Quadro nº 10</b> - Distribuição dos dados relativamente aos conhecimentos dos alunos do ensino superior, incluídos na amostra, sobre o VIH/Sida .....	79
<b>Quadro nº 11</b> - Distribuição dos dados relativamente ao meio de comunicação onde os alunos, incluídos na amostra, obtiveram a informação sobre o VIH/Sida ...	80

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Epidemia Global da Infecção pelo VIH em 2008 .....	26
--	----

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho científico surge no âmbito do Plano Curricular da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde - Unidade de Ponte de Lima, no ano lectivo 2009/2010, com o intuito de adquirir o Grau de Licenciatura.

A elaboração deste estudo científico, tem como base a motivação do investigador pelo tema, e a concretização dos objectivos académicos, que vão de encontro com a aplicação dos conhecimentos apreendidos ao longo do curso e desenvolvimento de competências ao nível dos procedimentos do processo de investigação científica.

Desta forma, o tema escolhido para este projecto de investigação é "Conhecimentos e Comportamentos face ao VIH/Sida em Alunos do Ensino Superior ". Com a realização desta investigação pretende-se dar resposta ao objectivo geral: Identificar os Conhecimentos e Comportamentos dos Alunos do Ensino Superior face à Infecção VIH/Sida.

Através do objectivo geral foram definidos os seguintes objectivos específicos:

- Avaliar os conhecimentos dos alunos do ensino superior relativos ao VIH/Sida;
- Verificar se os alunos do ensino superior adoptam comportamentos adequados para a prevenção da infecção pelo vírus VIH;
- Identificar se o conhecimento sobre a infecção pelo VIH, alterou de algum modo o comportamento dos alunos do ensino superior;
- Verificar se os alunos do ensino superior utilizam sempre o método mais eficaz para a prevenção da infecção pelo VIH.

Neste âmbito e tendo em atenção as características do estudo a realizar, surge a necessidade de optar por um estudo descritivo simples de carácter quantitativo.

O estudo foi dirigido aos alunos do Ensino Superior de uma Universidade do Norte de Portugal e a amostra seleccionada através de amostragem aleatória simples acidental, correspondente a trinta e cinco alunos do Ensino Superior.

A colheita de dados foi realizada por questionário 17 de Junho de 2010 a 3 de Julho de 2010. Relativamente à análise de dados recolhidos recorreu-se ao programa informático Excel 2007, posteriormente apresentados em gráficos e tabelas.

O resultado final foi a consecução dos objectivos académicos e a obtenção de informação que permite quantificar os objectivos específicos do estudo. Convertendo-se numa experiência agradável que se traduziu pelo aumento dos conhecimentos que compreendem o problema em estudo, especificamente, os conhecimentos que os alunos detêm relativamente à infecção VIH/Sida, se adoptam comportamentos preventivos. Todavia, através dos dados obtidos verificou-se que os alunos do ensino superior não apresentam os conhecimentos adequados e os devidos comportamentos preventivos relativamente à infecção pelo VIH/Sida.

É de salientar as limitações sentidas pelo investigador na realização deste estudo, nomeadamente no que se refere à inexperiência do investigador, a nível de recursos materiais, financeiros e sobretudo a nível temporal. O facto do desenvolvimento de todo o processo de investigação coincidir com o desenvolvimento de outras actividades académicas influenciou todo o processo de investigação, principalmente a disponibilidade para deslocações.

Este projecto de investigação encontra-se dividido em cinco partes, a primeira parte, a introdução, de seguida a Parte I - Fase Conceptual, que compreende a justificação e delimitação do tema, a pergunta, questões e objectivos de investigação, bem como a revisão da literatura; a Parte II - Fase Metodológica que engloba o desenho da investigação (Tipo de Estudo, População e Amostra, Definições de Variáveis, Instrumento de Colheita de Dados, Pré-teste, Previsão e Tratamento de Dados, Considerações Éticas). Na Parte III - Fase Empírica - procede-se à apresentação, análise e discussão dos resultados, e por fim, a última parte a conclusão.

Fora do corpo de texto encontram-se os Apêndices contendo o documento de Consentimento Informado (Apêndice I), o questionário (Apêndice II).

## CAPITULO I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A fase conceptual é definida como a primeira etapa de um processo de investigação. Esta actividade consiste em pensar, ler, repensar, teorizar e o rever as ideias de forma a orientar a concretização do projecto (Polit e Hungler, 2000, p.36).

### **1. Formulação do Problema de Investigação**

Toda a investigação que se ambiciona elaborar tem como ponto de partida uma situação considerada problemática, situação que necessite de uma explicação, um esclarecimento e entendimento do fenómeno que se pretende observar e analisar.

Assim, a investigação, segundo Fortin (2003, p.48),

(...) tem como ponto de partida uma situação considerada como problemática (...). (...) Esta situação problemática surge quando é constatado um desvio entre uma situação julgada insatisfatória e a situação desejável (...).

#### **1.1. Justificação e Delimitação do Tema de Investigação**

A investigação surge da necessidade de alcançar respostas acerca de determinado assunto, necessidade que vai de encontro com as motivações do investigador. Torna-se assim fundamental delimitar o conteúdo de interesse, ou seja, escolher limites para a investigação (Lakatos e Marconi, 2003, p. 162).

O problema de investigação surge como um domínio de investigação que interessa ou preocupa o investigador. Neste sentido a problemática apresentada baseou-se no interesse de ampliar os conhecimentos sobre o VIH/Sida, na incidência da infecção pelo VIH, assim como identificar as atitudes e comportamentos dos alunos do ensino superior face à infecção pelo VIH/Sida.

Para Fortin (2003, p.62),

A formulação do problema deve demonstrar, com a ajuda de uma argumentação cerrada, que a exploração empírica da questão é pertinente e que esta é susceptível de contribuir para o avanço dos conhecimentos.

## **1.2. Pergunta de Investigação**

O ponto de partida de qualquer investigação consiste em escolher um domínio de interesse e transpô-lo para uma questão que poderá ser estudada. Para se tornar objecto de um estudo, a questão deve ser expressa em termos observáveis e mensuráveis e proporcionar a possibilidade de contribuir para a aquisição de conhecimentos. As questões de investigação correspondem a níveis de conhecimento no que concerne a um fenómeno.

A questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrita no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar (Fortin, 2003, p. 101).

Neste contexto surgiu a pergunta de partida, orientadora deste estudo e consiste em:

Quais os conhecimentos e comportamentos dos alunos do ensino superior face à infecção pelo vírus do VIH/Sida?

## **1.3. Questões de Investigação**

As questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação. São enunciados interrogativos precisos (...) (Fortin, 2003, p. 101).

Segundo Hulley et al (2008, p.21),

A questão de investigação é o objectivo do estudo, a incerteza que o investigador deseja resolver. (...) partem de uma preocupação geral que precisa então de ser reduzida a um tópico concreto e factível de ser estudado.

As questões de investigação são o que o investigador ambiciona esclarecer, têm como intuito obter respostas para as questões ou problemas levantados, para deste modo poder concluir o tema alvo de investigação.

Assim, para dar resposta ao tema de investigação formularam-se as seguintes questões de investigação:

- Será que os alunos do ensino superior têm conhecimento sobre o VIH/SIDA quanto à transmissão e prevenção?
- Será que os alunos do ensino superior adoptam comportamentos adequados para a prevenção da infecção pelo vírus VIH?
- O conhecimento sobre a infecção pelo VIH, terá alterado o comportamento dos alunos do ensino superior?
- Será que os alunos do ensino superior utilizam sempre o método mais eficaz para a prevenção da infecção pelo VIH?

#### **1.4. Objectivos da Investigação**

O objectivo de um estudo, segundo Lakatos e Marconi (2003, p.219),

(...) está ligado a uma visão global e abrangente do tema. Relaciona-se com o conteúdo intrínseco, quer dos fenómenos e eventos, quer das ideias estudadas. Vincula-se directamente à própria significação da tese proposta pelo projecto (...) direcciona-se inteiramente para o “porquê da investigação”.

"O objectivo do estudo (...) enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter as respostas às suas questões de investigação" (Fortin , 2003, p.99).

Para Fortin (2003, p.100), o objectivo de um estudo "(...) é um enunciado declarativo, que precisa das variáveis chave, a população alvo e a orientação da investigação”.

Como objectivo geral definido para esta investigação consiste em: "Identificar os conhecimentos e comportamentos dos alunos do ensino superior face à infecção VIH/Sida".

Através do objectivo geral foram definidos os objectivos específicos que vão permitir atingir o objectivo geral. Como tal, os objectivos específicos deste estudo de investigação são:

- Avaliar os conhecimentos dos alunos do ensino superior relativos ao VIH/SIDA;
- Verificar se os alunos do ensino superior adoptam comportamentos adequados para a prevenção da infecção pelo vírus VIH;
- Identificar se o conhecimento sobre a infecção pelo VIH, alterou de algum modo o comportamento dos alunos do ensino superior;
- Verificar se os alunos do ensino superior utilizam sempre o método mais eficaz para a prevenção da infecção pelo VIH.

## **1.5. Contextualização Teórica**

O conhecimento, é um factor importante para que possamos agir assertivamente sobre uma determinada situação. Apenas o conhecimento nos permite estar alerta e preparados para agir perante determinadas situações que, de algum modo, nos possam pôr em perigo a nós próprios e aos outros.

### **1.5.1. Aspectos Históricos**

Os primeiros casos identificados do Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) foram descritos nos Estados Unidos da América no ano de 1981, aquando a publicação de um artigo sobre a ocorrência de cinco casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* associadas a outras manifestações clínicas. Após alguns meses foram registados em São Francisco da Califórnia e em Nova Iorque casos semelhantes (Lecour e Castro, 2004, p.17).

Todos os casos identificados em 1981, tinham em comum serem do sexo masculino, homossexuais, ambos sofriam de quadros clínicos raros mas graves e apresentavam deficiência imunitária acentuada (Lecour e Castro, 2004, p.17).

Em 1982, os primeiros casos foram seguidos pelo aparecimento de novos casos, presentes em sujeitos que não pertenciam ao grupo dos homossexuais, mas sim, em consumidores de heroína, em imigrantes haitianos e em hemofílicos, levando a que se levantasse a possibilidade da transmissão da infecção pela via sanguínea, neste fase a doença foi denominada pela doença dos 4 H, recaindo sobre a elevada intensidade de infecção encontrada nos quatro grupos referidos anteriormente (Lecour e Castro, 2004, p.17).

Nesse mesmo ano, foram identificados os primeiros casos da infecção presentes em mulheres, de transmissão por via sanguínea, de transmissão materna e parceiros sexuais de indivíduos infectados (Veronesi et al, 2000, p.1).

Desta forma, ficaram identificados os mecanismos de transmissão duma doença em que o agente infeccioso permanecia ainda desconhecido, os conhecimentos obtidos até o momento era que o vírus atingia preferencialmente o sistema imunitário, levando a uma maior vulnerabilidade do indivíduo a agentes infecciosos oportunistas.

A constatação de existência da doença em vários grupos de indivíduos e não em apenas um grupo específico, como se pensava inicialmente, levou à necessidade de reformular o termo científico utilizado para definir a doença, em 1982 a doença passou a ser designada por SIDA ou AIDS (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida ou Acquired Immunodeficiency Syndrome) que prevalecem até aos dias de hoje (Lecour e Castro, 2004, p.19).

Em 1983 foi isolado e identificado o agente responsável pela doença, em França, no Instituto Pasteur por Luc Montagnier e nos Estados Unidos da América, no National Institute of Health por Roberto Gallo (Lecour e Castro, 2004, p.19). Foi nessa altura, após o isolamento do vírus com actividade de transcriptase reversa a partir de um gânglio linfático de um paciente no estadio de linfadenopatia generalizada, que se verificou que a doença definida como SIDA ou AIDS era causada por um retrovírus (Veronesi et al, 2000, p.1).

Luc Montagnier e a sua equipa, em 1985, identificou um novo retrovírus, diferente do já caracterizado, no soro de um paciente do continente africano, o mesmo retrovírus foi identificado por Roberto Gallo (Lecour e Castro, 2004, p.19).

Como cada investigador, denominava o retrovírus identificado, embora fosse o mesmo, de forma diferentes, em 1986 a Comissão Internacional de Taxonomia Vírica decidiu que o primeiro retrovírus identificado e o segundo retrovírus, passassem a denominar-se respectivamente HIV-1 e HIV-2, em Portugal corresponde respectivamente a VIH-1 e VIH-2, uniformizando desta forma a nomenclatura (Lecour e Castro, 2004, p.20).

É provável que as verdadeiras origens do vírus do VIH nunca venham a ser conhecidas integralmente. Entretanto, existe certos factos que levam a concluir que o vírus é patógeno para a raça humana, ou seja, passível de provocar doença, que poderá ter proveniência de um retrovírus não patogénico existente em primatas, mais precisamente dos macacos-verdes da África (Souza, 2000, p.76).

Ainda segundo Souza (2000, p. 76 ),

(...) Há uma evidência difundida de que os macacos-verdes têm sido infectados por um vírus similar ao HIV durante muito tempo, embora ele não cause doença nesses animais. (...) Acredita-se que este retrovírus é o mais provável agente gerador do HIV (...).

Citando Duque (2005, p. 19), a evidência genética e epidemiológica sugere que o vírus VIH, é um vírus que provoca infecção no homem mas que tem origem no animal, são infecções "adquiridas por transmissão dos vírus a partir do chimpanzé comum (*Pan Troglodytes*) e do macaco (*Cercocebus atys*)." Esta evidência sugere que os vírus presentes nos chimpanzés e nos macacos terão sido incluídos na população humana em várias ocasiões, entre elas a

(...) coincidência geográfica entre o habitat natural do macaco e as áreas da endemia da infecção pelo vírus HIV. (...) o macaco *Cercocebus atys* é caçado para alimentação e os animais órfãos são utilizados como animais de estimação (...) (Duque, 2005, p.20),

havendo desta forma uma grande probabilidade de contacto frequente entre o homem e os animais infectados.

Como verificado anteriormente, os casos de infecção pelo VIH em África terão sido conhecidos mais ou menos na mesma época que os primeiros indivíduos infectados na América do Norte, é provável que já existissem em África indivíduos infectados pelo vírus VIH mesmo antes da doença ser conhecida.

Embora se acredite que a SIDA tenha origem na região de África, "(...) a doença tornou-se uma pandemia mundial" (Rubin et al, 2006, p.152).

Ainda segundo Rubin et al (2006, p. 152), a disseminação do VIH é atribuída à facilidade das viagens e à mobilidade das populações.

### **1.5.2. Dados epidemiológicos sobre o VIH/Sida**

Uma abordagem dos dados epidemiológicos da infecção pelo VIH/Sida permitem compreender que esta não é uma doença que incide em determinados grupos populacionais, como era previsto inicialmente, pelo contrário, verifica-se uma rápida disseminação à população em geral.

De acordo com o Departamento de Doenças Infecciosas do Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge a 31 de Dezembro de 2009, entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2009 foram recebidas notificações de 2 489 casos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, nos vários estádios, em que:

- 668 dos casos, de acordo com os critérios da classificação epidemiológica OMS/CDC, são Casos de SIDA, dos quais 572 casos foram notificados no ano de 2009 e 96 casos notificados em anos anteriores, mas recebidos nesse ano. Dos 668 casos, somente 297 (44,5%) foram diagnosticados em 2009.
- 323 casos foram classificados como sintomáticos não-SIDA, dos quais 276 casos notificados no ano de 2009 e 47 casos notificados em anos anteriores, mas recebidos neste período. Dos 323 casos, 141 (43,7%) referem diagnóstico em 2009.
- 1 498 Casos de Portadores Assintomáticos (PA), em que 1 282 dos casos foram notificados nesse ano e 216 casos com data de notificação de anos anteriores e

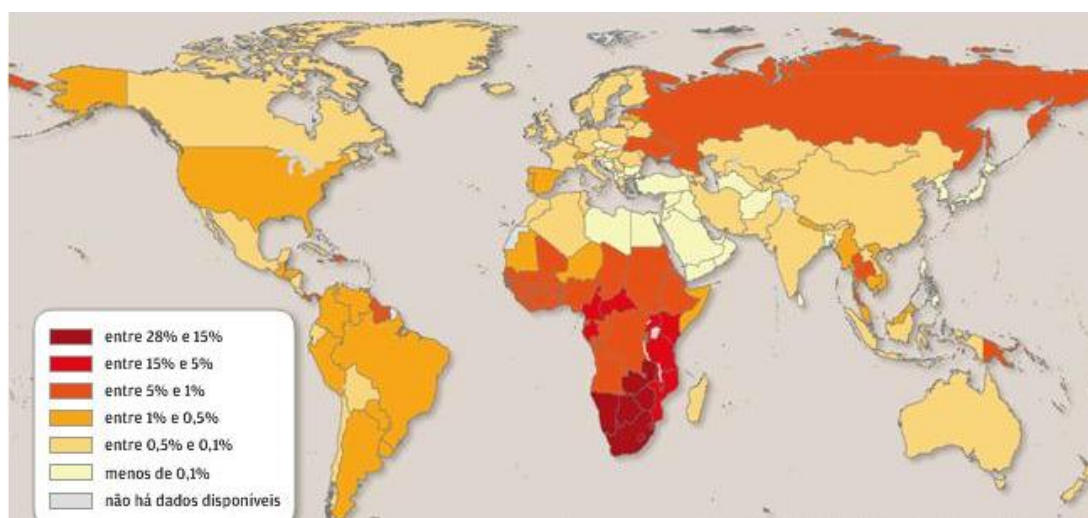
recebidos no ano de 2009. Dos 1 498 casos, 669 (44,7%) foram diagnosticados em 2009.

Em 2009, foram diagnosticados 1 107 casos, de acordo com a forma de transmissão e o estadiu da infecção os casos encontram-se distribuídos da seguinte forma:

- Heterossexuais (677): 177 casos de SIDA; 86 casos sintomáticos não-SIDA; 414 casos de PA;
- Toxicodependentes (164): 70 casos de SIDA; 9 casos sintomáticos não-SIDA; 85 casos de PA;
- Homo/Bissexuais (218): 39 casos de SIDA; 37 casos sintomáticos não-SIDA; 142 casos de PA;

Em suma, durante o ano de 2009, a categoria de transmissão “heterossexual” regista 61,2% dos casos notificados, a transmissão associada à toxicodependência apresenta o valor de 14,8% e os casos homo/bissexuais são 19,7% do total.

A imagem em baixo (Figura 1), traduz a situação epidemiológica global da infecção pelo VIH em 2007, pela imagem podemos verificar que a maioria dos casos concentram-se em Sul de África.



**Figura1** - Epidemia Global da Infecção pelo VIH em 2008

*Fonte:* UNAIDS, 2010

### **1.5.2.1. Situação actual em Portugal**

Segundo o Departamento de Doenças Infecciosas Dr. Ricardo Jorge, a 31 de Dezembro de 2009, encontram-se notificados em Portugal 37 201 casos de infecção VIH/Sida nos diferentes estadios da doença.

Como factor comum a todos os estadios, verifica-se que o maior número de casos notificados corresponde a infecção em indivíduos que referem consumo de drogas por via endovenosa ou toxicodependentes, constituindo 41,7% de todas as notificações.

O número de casos relacionados com a infecção por transmissão sexual (heterossexual) representa o segundo grupo com 41,1% dos registos e a transmissão sexual (homossexual masculina) apresenta 12,7% dos casos; as restantes formas de transmissão correspondem a 4,5% do total. Os casos notificados de infecção VIH/Sida, que referem como forma provável de infecção a transmissão sexual (heterossexual), manifestam uma tendência evolutiva crescente.

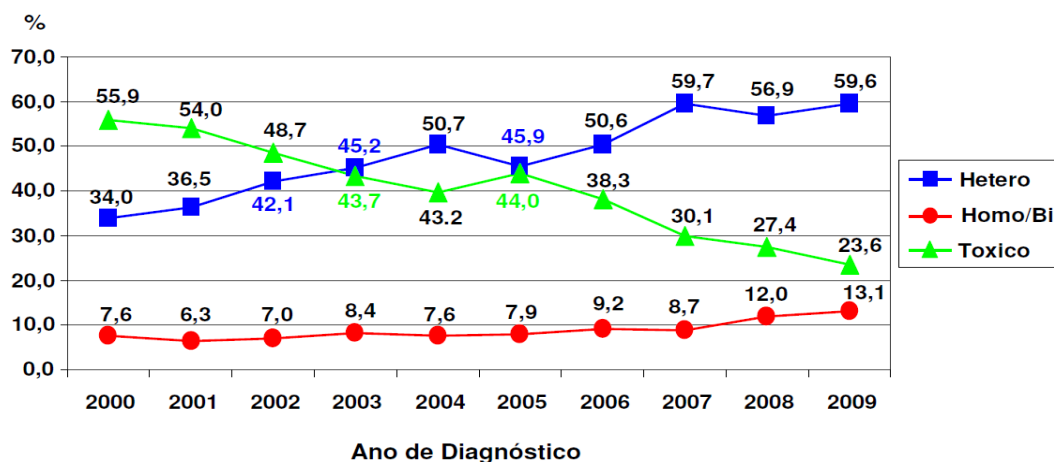
Em 2009, foram notificados 297 casos de SIDA, em que se verifica um aumento proporcional do número de casos de transmissão heterossexual de 59,6% do total de casos e uma diminuição dos números de casos relacionados com a toxicodependência, que corresponde a 23,6% dos casos.

Após a análise da distribuição de casos de Sida, verifica-se que existem mais casos notificados correspondentes aos grupos etários entre os 20 e os 49 anos, a incidência dos casos é mais elevada no género masculino.

Os portadores assintómicos, são predominantemente jovens com mais de 20 anos e indivíduos até aos 39 anos, constituindo o maior número de casos notificados (69,4%) neste grupo. Verificamos o elevado número de casos de infecção VIH assintómicos, relacionados principalmente a duas categorias de transmissão: heterossexuais representando 44,6% do total de portadores assintómicos e toxicodependentes que corresponde a 38,1%.

Analisando os anos 2002-2009, verifica-se que o padrão da tendência temporal nos casos assintómicos regista flutuações da tendência observada, resultante do facto da categoria de transmissão heterossexual apresentar valores diversos entre 2002-2009, em

relação ao total de casos notificados em cada ano, enquanto que os toxicodependentes confirmam a tendência proporcional decrescente, como podemos verificar no Gráfico 1.



**Gráfico 1** - Casos de SIDA: tendências temporais nas 3 principais categorias de transmissão

*Fonte:* INSA, 2010

Os casos sintomáticos não sida constituem um grupo com menor número dos casos, cujas características epidemiológicas, em relação aos principais parâmetros, seguem o padrão epidemiológico anterior. Neste grupo, 40% correspondem a indivíduos toxicodependentes e 38,2% a casos na categoria de transmissão heterossexual, a tendência evolutiva anual apresenta valores proporcionais crescentes nesta última categoria.

Para os casos diagnosticados entre 2005 e 2009, as proporções nas diferentes categorias de transmissão são variáveis, registando-se para a categoria de transmissão heterossexual: 45,9% (2005) e 59,6% (2009); para a categoria “toxicodependentes”: 44,0% (2005) e 23,6% (2009), enquanto que para a transmissão sexual (homossexual) observam-se os valores: 7,9% (2005) e 13,1% (2009). (Gráfico 1)

### 1.5.3. A infecção pelo VIH/Sida

A infecção VIH/Sida pode ser definida como uma doença infecciosa crónica, originada por um dos seguintes vírus o VIH-1 e VIH-2, que se caracteriza pela debilidade progressiva do sistema imunitário, ocasionando aparecimento de doenças oportunistas numa fase avançada da doença.

O vírus VIH, tanto o VIH-1 como o VIH-2 só se reproduzem nos humanos. O VIH-1 é o vírus de imunodeficiência humana mais predominante, isto porque o VIH-2 necessita de maior tempo de contacto para que ocorra a transmissão e o período entre a infecção e a doença é mais prolongado.

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS/SIDA) é uma doença crónica causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV/VIH), ocasionando perda progressiva da imunidade celular e, consequentemente, o aparecimento de infecções oportunistas (Souza, 2000, p.75).

A infecção VIH/SIDA, é uma doença que tem um desenvolvimento de vários anos, que na sua sequência encontra-se dividida em quatro fases, em que a duração das mesmas depende da replicação do vírus.

Segundo Lecour e Castro (2004), a evolução da infecção pelo VIH/SIDA caracteriza-se por quatro fases:

- Fase Aguda ou Síndrome Vírica Aguda;
- Fase Assintomática;
- Fase Sintomática;
- Fase SIDA.

A primeira fase da infecção pelo vírus designada por fase aguda, caracteriza-se por uma elevada carga viral e um decréscimo acentuado das células CD4.

As manifestações clínicas podem confundir-se com um síndrome gripal e aparecem uma a quatro semanas após o contágio. Os sinais e sintomas mais frequentes, segundo Lecour e Castro (2004, p. 115) são:

(...) febre, adenomegalias, faringite, exantema, mialgias, diarreia, cefaleias, náuseas, vômitos, hepatomegalia, emagrecimento, candidose oral e sinais neurológicos.

Estas manifestações podem aparecer nos primeiros dias ou semanas após o contacto com o vírus, no entanto esta fase pode não se manifestar em todos os casos de indivíduos infectados pelo VIH. Segundo Roche (2010), pelo menos cinquenta por cento dos infectados manifestam estes sintomas.

A fase aguda da infecção com VIH pode ter duração de uma a quatro semanas, durante a mesma ocorre o desenvolvimento da resposta imune, os sintomas desaparecem e a elevada carga viral é controlada permitindo a recuperação das células CD4.

A fase que se segue é a fase assintomática, apresenta-se como sendo uma fase silenciosa, marcada pela elevada actividade viral, mas ausência de sintomas.

"É neste período que se encontram, actualmente, 70 a 80 por cento dos infectados em todo o mundo" (Roche, 2010).

Nesta fase o vírus encontra-se presente nos nódulos linfáticos, funcionando como reservatório do vírus. Com o avanço da doença há um aumento da virémia plasmática e uma destruição progressiva das células CD4 e o desenvolvimento das doenças oportunistas.

Durante esta fase pode-se detectar, em alguns indivíduos, linfadenopatia generalizada persistente (Lecour e Castro, 2004, p.117).

É o período mais longo da evolução da doença, tendo em média uma duração de dez anos após a infecção, que se inicia por volta do sexto mês, fim da fase aguda, e prolonga-se até ao início da fase sintomática.

Segundo AIDSPortugal, 2010, uma maior ou menor duração desta fase depende dos seguintes factores:

- Da intensidade e gravidade da infecção;
- Da capacidade de defesa do organismo;

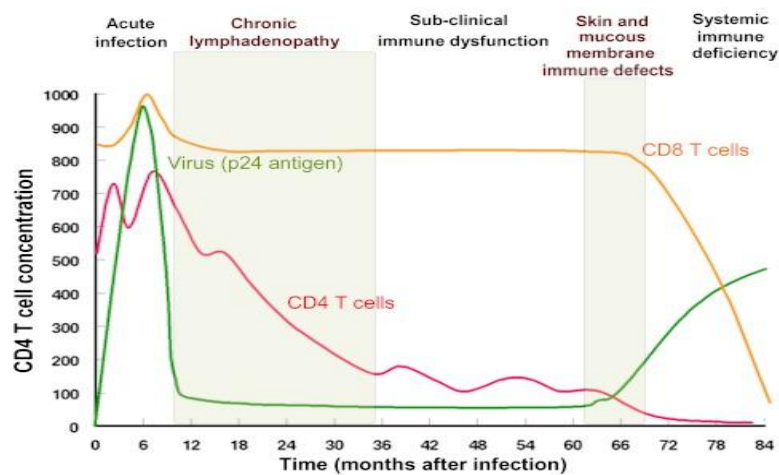
- Da intercorrência de outras doenças igualmente agressivas, que reduzam a capacidade de defesa;
- Da possível re-infecção pelo vírus VIH, em contactos posteriores.

De seguida, numa fase mais avançada da doença ocorre a fase sintomática, o indivíduo começa a ter sintomas e sinais de doença pode apresentar cansaço não habitual, perda de peso, suores nocturnos, falta de apetite, diarreia, queda de cabelo, pele seca e descamativa, entre outros sintomas (Roche, 2010).

Os critérios definidos para caracterizar esta fase são a ausência de infecções ou tumores oportunistas, e presença de fadiga fácil ou debilitante, febre, suores nocturnos e diarreia intermitente (Lecour e Castro, 2004, p.118).

Por fim, a última fase, a fase SIDA, esta fase é marcada por uma imunodeficiência grave do sistema imunitário, ou seja, ocorre aumento da carga viral e diminuição brusca da células CD4, o que significa uma maior propensão para o aparecimento de manifestações oportunistas, como infecções e tumores, que dependendo do agente etiológico dão origem a diferentes sintomas clínicos.

O gráfico 2, demonstra através de um esquema as diferentes fases da infecção pelo VIH e as alterações das células CD4 e a carga viral nas diferentes fases.



**Gráfico 2** - Contagem de células CD4 e CD8 durante a infecção pelo VIH

*Fonte:* Hunt, R., 2010

As doenças oportunistas, são doenças que se desenvolvem como consequência da alteração do sistema imunitário. Estas são fundamentalmente de origem infecciosa, porém várias neoplasias também podem ser consideradas oportunistas. As infecções oportunistas podem ser causadas por microrganismos não patogénicos, ou seja, não são capazes de provocar doença em indivíduos com o sistema imunitário normal.

As doenças oportunistas associadas à Sida podem ser causadas por vírus, bactérias, protozoários ou fungos. As manifestações clínicas oportunistas mais frequentes em pacientes com SIDA têm vindo a modificar-se devido ao sucesso alcançado pelo tratamento anti-retroviral.

Algumas manifestações clínicas oportunistas, que podem surgir nesta fase são: candidose bucal, infecção da boca provocada por um fungo, febre, emagrecimento, astenia, diarreia crónica, leucoplasia oral, episódio recorrente ou não de herpes zóster, aparecimento ou exacerbação de dermatoses (psoríase, onicomicoses múltiplas, tíneas extensas, dermatites seborréica).

O CDC classifica as diferentes fases baseando-se em critérios específicos que estão associados à infecção por VIH, classificando os indivíduos com base nas condições clínicas e na contagem de linfócitos T CD4.

Existem três categorias clínicas (A, B, C – ver Quadro n.º 1) e três categorias para os linfócitos T CD4 (1, 2, 3 – ver Quadro n.º 2).

<p><b>Categoria A</b></p> <p>Infecção assintomática pelo VIH</p> <p>Infecção aguda (primária) pelo VIH com doença associada ou história de infecção aguda pelo VIH</p> <p>Linfadenopatia generalizada persistente</p> <p><b>Categoria B</b></p> <p>Situações sintomáticas * que não estão incluídas nas condições da</p> <p><b>Categoria C</b></p> <p>Alguns exemplos mas que não são únicos:</p> <p>Angiomatose bacilar</p> <p>Candidíase, orofaringe (sapinhos)</p> <p>Candidíase, vulvovaginal; persistente, frequente, ou que responde mal ao tratamento</p> <p>Displasia do colo uterino(moderada ou grave/carcinoma do colo in situ</p> <p>Sintomas sistémicos, tais como febre (38.5° C) ou diarreia com duração superior a 1 mês</p> <p>Leucoplasia , oral</p> <p>Herpes zoster (zona), envolvendo pelo menos dois episódios ou mais que um dermatomo. Púrpura trombocitopénica idiopática</p> <p>Listeriose</p> <p>Doença inflamatória pélvica, particularmente se complicada por abscesso tubar e ovário</p> <p>Neuropatia periférica</p>	<p><b>Categoria C – Critérios definidores de SIDA**</b></p> <p>Candidíase dos brônquios, traqueia ou pulmão</p> <p>Candidíase, esofágica</p> <p>Carcinoma invasivo do colo uterino *</p> <p>Coccidioomicose, disseminada ou extrapulmonar</p> <p>Criptococcose, extrapulmonar</p> <p>Criptosporidiose, intestinal crónica (duração superior a 1 mês)</p> <p>Doença por citomegalovirus (além do fígado, baço ou gânglios linfáticos)</p> <p>Retinite a citomegalovirus (com perda da visão)</p> <p>Encefalopatia associada ao VIH</p> <p>Herpes simplex: úlceras crónicas(duração superior a 1 mês); bronquite, pneumonite ou esofagite</p> <p>Histoplasmosse, disseminada ou extrapulmonar</p> <p>Isosporíase, intestinal crónica (duração superior a 1 mês)</p> <p>Sarcoma de Kaposi's Linfoma de Burkitt's (ou forma equivalente)</p> <p>Linfoma, imunoblástico (ou equivalente)</p> <p>Linfoma, primário cerebral</p> <p>Micobacterium avium complex or M. kansasii, disseminado ou extrapulmonar</p> <p>Micobacterium tuberculosis, em qualquer localização (pulmonar ou extrapulmonar)</p> <p>Micobacterium, de outras espécies ou espécies não identificadas, disseminada ou extrapulmonar</p> <p>Pneumonia a Pneumocistis</p> <p>Pneumonia, recorrente*</p> <p>Leucoencefalopatia multifocal progressiva</p> <p>Septicemia a Salmonella, recorrente</p> <p>Toxoplasmose cerebral</p> <p>Síndrome de emaciação por VIH</p>
---	---

**Quadro 1** - Categorias clínicas do sistema de classificação do CDC em pessoas infectadas pelo VIH

**Fonte:** Kamps, B. e Hoffmann, C., 2006

Categoria 1:	>500 CD4 células/µl
Categoria 2:	200-499 CD4 células/µl
Categoria 3:	<200 CD4 células/µl

**Quadro 2** - Categorias pela contagem de CD4

**Fonte:** Kamps, B. e Hoffmann, C., 2006

### **1.5.3.1. Fisiologia da Sida**

A infecção pelo VIH caracteriza-se pelo suprimimento do sistema imunitário, tornando-o incompetente para as suas funções.

O sistema imunitário tem como função reconhecer elementos estranhos e defender o organismo da sua acção, sendo constituído por órgãos, células e moléculas que têm como principal função a protecção do organismo contra infecções, mutações celulares e toxinas ambientais.

Entre as células do sistema imunológico, encontramos os leucócitos ou glóbulos brancos. Os leucócitos são divididos em linfócitos ou macrófagos, basófilos, eosinófilos (células envolvidas em reacções alérgicas) "natural Killers" ou matadores naturais e neutrófilos (envolvidos no combate às infecções bacterianas).

Os linfócitos dividem-se em linfócitos T e linfócitos B. Os linfócitos B têm como função combater os elementos invasores, os linfócitos T são responsáveis pela resposta imunológica, e podem dividir-se em células CD4 ou linfócitos T4 que são um elemento fundamental do sistema imunológico, porque são estas que informam outras células sobre a necessidade de combater um vírus ou outra ameaça, e as células CD8 ou linfócitos T8 que são aqueles que vão destruir as células que estiverem infectadas.

As células CD4 funcionam como principal receptor para o VIH, permitindo a entrada do vírus na célula e a sua multiplicação. A entrada do vírus na célula traduz o efeito patogénico essencial para a infecção.

Após a entrada do vírus na corrente sanguínea, o VIH entra na célula através da ligação aos receptores CD4 presentes na superfície da célula. Uma vez no citoplasma, o vírus desprovido do invólucro "(...) sofre um processo de descapsidação dando origem primeiro ao complexo de retrotranscrição, (...)" (Lecour e Castro, 2004, p.19), ou seja, o ARN do vírus é transcrito em ADN pela transcriptase reversa, após ser transcrito, este é transportado para o núcleo e integrado nos cromossoma celulares.

Através do ADN infiltrado no seu núcleo e pela acção da protease, os linfócitos infectados passam agora a produzir novos vírus.

O VIH destrói as células CD4 e quando o número diminui, a resposta do organismo torna-se deficiente, tendo como consequência a diminuição da imunidade.

Finalmente, com a destruição progressiva das células encarregadas da protecção do organismo, os microrganismos que vivem no nosso corpo sem nos causar qualquer dano, pois são neutralizados pelo nosso sistema imunológico quando este funciona normalmente, atacam o organismo, aproveitando-se da debilidade criada pela ausência de defesa. Surgem assim diversas doenças, designadas por oportunistas.

Tal como outros vírus, o VIH é um parasita que só sobrevive em células do hospedeiro, morrendo rapidamente quando se encontra fora do corpo humano.

### **1.5.3.2. Mecanismos de Transmissão do VIH**

A transmissão do vírus VIH implica que haja contacto com fluídos corporais que contenham na sua constituição células infectadas ou partículas do vírus.

Apesar de o VIH ter sido isolado em praticamente todos os fluídos corporais como sangue, sémen, secreções vaginais, leite materno, líquido cefalorraquidiano, saliva, lágrimas, urina, etc. (Lecour e Castro, 2004, p.83).

Segundo os autores Tavira e Atouguia (2006, p. 171), o vírus VIH presente nas lágrimas, na urina e na saliva, encontra-se em concentrações ínfimas.

Desta forma, as principais formas de transmissão do VIH, e até aos dias de hoje conhecidas são: a transmissão sexual (sémen, secreções vaginais), transmissão sanguínea (uso de drogas injectáveis, transplantação de órgãos), transmissão vertical ou materno-infantil (durante a gestação, parto e aleitamento).

Até ao momento, não existe nenhum caso de transmissão por artrópodes vectores (Lecour e Castro, 2004, p.84).

Uma das características da infecção pelo VIH é o seu longo período de incubação que, não provocando sintomas, permite a transmissão, sem que o portador e quem corre o risco de ser infectado se apercebam (Araújo, 2005, p. 39).

De acordo com o mesmo autor, a infecção pode ser transmitida num estadio inicial, embora o risco de transmissão da infecção aumenta em períodos em que a replicação do vírus é mais acentuada e/ou quando o portador da infecção está numa fase adiantada da doença.

As pessoas com cargas víricas elevadas têm maior probabilidade de infectar os seus parceiros sexuais ou os seus descendentes, comparativamente às que apresentam cargas víricas baixas (Araújo, 2005, p. 39).

#### **1.5.3.2.1. Transmissão Sexual**

A transmissão por via sexual é a principal causa de transmissão do vírus. Poderá dar-se aquando uma relação sexual desprotegida com um parceiro infectado.

Segundo Veronesi et al (2000, p. 36),

As práticas sexuais foram identificadas como importante via de transmissão do HIV desde as primeiras investigações sobre a nova doença e seu etiológico.

Quando se fala em transmissão sexual não se refere apenas à relação sexual vaginal, mas também estão incluídos o sexo anal e oral, pois a partir do momento em que a membrana mucosa em contacto com o sémen ou secreções vaginais esteja lesada, existe a possibilidade de infecção pelo vírus.

A susceptibilidade à infecção pelo VIH aumenta quando a pele ou a membrana mucosa se encontra lesada, quando um dos parceiros sexuais tem presente outras doenças sexualmente transmissíveis, especialmente as que causam ulcerações.

A transmissão sexual do VIH é mais provável se um dos membros do casal tem herpes, sífilis ou outras doenças de transmissão sexual que podem provocar lesões na pele (Tavira e Atougua, 2006, p. 171).

Para além dos factores referidos anteriormente, existem outros factores que propiciam o aumento da presença de doenças sexualmente transmissíveis, tais como, a idade de início da actividade sexual ter diminuído, os múltiplos parceiros sexuais, o aumento da utilização de métodos contraceptivos orais ou dispositivos intra-uterinos que leva a que exista uma diminuição da utilização e da procura dos métodos de barreira, como o

preservativo, que quando usado correctamente demonstra ser uma medida preventiva eficaz contra a infecção VIH.

Segundo Lecour e Castro (2004), a relação sexual durante a menstruação, a presença de outras doenças sexualmente transmissíveis e infecções (clamidia, ...), aumentam significativamente o risco de transmissão do VIH.

O sexo anal receptivo desprotegido é a prática sexual com maior risco de transmissão da infecção para ambos os sexos, isto porque, sendo a membrana que reveste o ânus e o recto muito vascularizada, a ocorrência e/ou existência de lacerações ou feridas na mesma, aquando a penetração vai permitir o contacto directo do sémen com o sangue, aumentando desta forma a possibilidade de infecção.

Apesar de a transmissão por sexo anal ser considerada a transmissão com maior risco de infecção, qualquer acto sexual no qual ocorra troca de fluídos entre os parceiros têm sido descrito como suficientes para ocorrer infecção por VIH.

Segundo Veronesi et al (2000, p.37), o sexo oral não representa uma via importante para a transmissão de infecção pelo VIH, embora tenha sido identificado como uma possível via de transmissão.

Ainda que, como refere o autor, a probabilidade de contágio através de sexo oral não ser grande, esta é considerada uma das vias de transmissão sexual pois se existirem na cavidade oral feridas ou mesmo problemas de gengivas estas podem ser uma provável porta de entrada para o VIH, outro caso de possível transmissão do VIH é se a saliva contiver sangue.

No caso de a cavidade oral permanecer intacta, ou seja, ausência de portas de entrada, e inexistência de sangue na saliva, a transmissão por sexo oral tem menos probabilidade de ocorrer.

A transmissão do VIH nas relações heterossexuais sem a utilização de medidas preventivas eficazes continua a ser mais frequente, havendo uma grande tendência para que esta aumente significativamente.

Segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2010)

O número de casos associados à infecção por transmissão sexual (heterossexual) representa o segundo grupo com 41,1% dos registos (...). Os casos notificados de infecção VIH/SIDA, que referem como forma provável de infecção a transmissão sexual (heterossexual), apresentam uma tendência evolutiva crescente.

"(...) o contacto por relacionamento homossexual ou heterossexual, contribuindo em mais de 60% dos casos" (Salomão e Pignatari, 2004, p.127).

"Estimativas indicam que entre 75% e 85% das infecções por HIV ocorridas em todo o mundo têm se dado através de práticas sexuais" (Veronesi et al, 2000, p. 36).

#### **1.5.3.2.2. Transmissão Sanguínea**

Segundo Veronesi et al (2000, p.39), a via sanguínea é a via mais eficiente na transmissão do VIH, pelo facto de existir uma alta concentração viral no sangue mas também pelo facto de o vírus ser introduzido directamente na corrente sanguínea.

A transmissão sanguínea pode ocorrer pela partilha de agulhas e seringas contaminadas no caso de uso de drogas injectáveis, como acontece em indivíduos toxicodependentes, através de acidentes com material contaminado, através de transfusão de sangue e hemoderivados.

O risco de transmissão quando existe troca de material contaminado envolvido na preparação e injeção de drogas intravenosas é elevado, visto que o vírus é transmitido através do sangue infectado que fica nos materiais utilizados na preparação e administração.

A elevada probabilidade de transmissão deve-se ao facto de os utilizadores de drogas endovenosas,

(...) após injectar a droga, aspirar sangue para dentro da seringa, para depois reinjectá-lo na veia. (...) com o intuito de aproveitar todos os resquícios da droga das paredes da seringa (Veronesi et al, 2000, p.40).

A transmissão por via sexual neste grupo, tem demonstrado relevância, de modo que sob o efeito de drogas, incluindo o álcool, a realização de práticas sexuais seguras encontram-se comprometidas.

"O número de contaminados entre os usuários de drogas endovenosas é crescente, sendo este grupo responsável pela maioria dos casos (80%)." (Salomão e Pignatari, 2004, p.127).

Para além da partilha de seringas para a injeção de drogas, o contacto com material contaminado com sangue infectado pelo VIH, como por exemplo, máquinas ou lâminas de barbear, escova de dentes, dispositivos utilizados para fazer tatuagens, material utilizado para perfurar as orelhas e fazer piercings, utensílios de manicura e outros instrumentos que possam estar contaminados, são passíveis de contaminação.

A transmissão através de injeção e transfusão de sangue ou de produtos sanguíneos derivados pode ocorrer durante a prestação dos cuidados de saúde, pela reutilização de instrumentos médicos, transfusão de sangue não testado.

A transmissão sanguínea contribui com 30% dos casos, e a exposição do sangue e derivados vem apresentando decréscimo em razão do controle feito por sorologia. (Salomão e Pignatari, 2004, p.127).

Segundo Veronesi et al (2000, p. 39), o desenvolvimento de testes serológicos tornaram-se eficazes para a detecção de anticorpos contra o VIH, reduzindo o risco de ocorrência de contaminação através de transfusão sanguínea, embora afirme que o risco não foi eliminado na totalidade.

O risco de transmissão existente em profissionais de saúde durante a prestação de cuidados de saúde, deve-se ao facto da permanente possibilidade de exposição ao VIH durante as actividades realizadas em cuidados de saúde, como o contacto com sangue, secreções e fluídos orgânicos.

Segundo Veronesi et al, 2000, p. 42,

(...) estudos prospectivos com profissionais de saúde em actividade têm mostrado que a taxa de contaminação pelo HIV, nestes casos, é baixa, mesmo em locais com alta prevalência de pacientes com HIV ou com AIDS.

De acordo com Salomão e Pignatari, 2004, p.127,

Estudos de casos-controle demonstram que a probabilidade de seroconversão em acidentes pérfuro-cortantes é relacionada a ferimento profundo, sangue visível no instrumento utilizado, procedimentos de punção arterial ou venosa e paciente em estágio terminal da doença.

### **1.5.3.2.3. Transmissão Vertical**

Esta forma de transmissão da infecção caracteriza-se por ser transmitida de mãe para filho, esta ocorre devido à exposição da criança ao vírus durante a gestação através da placenta, no momento do nascimento ao passar no canal de parto e através do aleitamento materno.

A transmissão mãe/filho pode ocorrer intra-útero, no parto, ou através da amamentação, e pode ser afectada por vários factores, tais como o estágio de infecção da mãe, idade materna e tipo de parto (Veronesi, 2000, p. 38).

Mediante os factores que aumentam a possibilidade de infecção vertical, referidos anteriormente,

Estudos recentes confirmam que a carga vírica materna é provavelmente o factor de risco mais importante para a transmissão intra-uterina e intra-parto do vírus (Mofenson, 1999, *cit. in* Araújo, 2005, p. 80).

Deste modo, pode-se dizer que uma elevada carga vírica corresponde a uma maior risco de transmissão da infecção de mãe para filho. No entanto, uma baixa carga vírica não elimina a possibilidade de transmissão da infecção.

O tipo de parto também é um dos factores que pode aumentar o risco de transmissão da infecção, através da

(...) transfusão materno-fetal provocada pelas contracções uterinas, infecção após a rotura de membranas e o contacto directo com secreções infectadas ou sangue da mãe na passagem pelo canal de parto (Rouzioux et al., 1995; Mofenson, 1997, *cit. in* Araújo, 2005, p. 81).

A transmissão da infecção de mãe para filho pode ser reduzida através do tipo de parto, parto por cesariana em vez de parto vaginal, e com a utilização de terapêutica anti-retroviral pela mãe durante a gravidez, o trabalho de parto e a amamentação.

Conforme o International Perinatal Group, 1999 (cit. in Araújo, 2004, p. 81),

(...) a cesariana electiva reduz em 50% o risco de transmissão vertical do VIH, comparativamente com outros tipos de partos. (...) A taxa de transmissão vertical é de 7,3% quando a cesariana electiva é substituída por outro tipo de parto.

Outro dos factores é a idade do portador do vírus, pois quanto maior for a idade, maior é a progressão da infecção.

Segundo Salomão e Pignatari (2004, p. 127), o risco de transmissão da mãe para filho, incluindo-se o período gestacional, o trabalho de parto e a amamentação, é genericamente estimado em vinte e cinco por cento, podendo esta ser radicalmente diminuída com o uso de terapêutica anti-retroviral.

O risco de transmissão do VIH da mãe para o filho, pode ser reduzida até cerca de 67% com o uso de medicamentos durante a gravidez e no momento do parto, associado à administração da mesma droga ao recém-nascido por um período de 6 semanas (Salomão e Pignatari, 2004, p. 127).

Assim, as mulheres submetidas a terapêutica anti-retroviral e a cesariana antes da rotura de membranas apresentam taxas mais baixas de transmissão da infecção ao filho.

### **1.5.3.3. Prevenção da Infecção pelo VIH no Jovem Adulto**

Sem dúvida que a solução ideal para o problema do combate à infecção pelo VIH seria a descoberta de uma vacina que permitisse interromper o ciclo de transmissão do vírus.

No entanto, na ausência de cura e vacinas eficazes, o controlo e prevenção do VIH/Sida passa pela alteração radical do comportamento humano e social, sabendo-se que a falta de comportamentos de prevenção e rastreio da infecção aumenta a propagação da doença.

Sabendo-se que o VIH se transmite através de padrões específicos e concretos de comportamentos de risco, a sua prevenção passa, necessariamente, pela diminuição ou eliminação de comportamentos sexuais de risco e pelo aumento de comportamentos preventivos.

No domínio da actividade sexual, os comportamentos de risco devem ser modificados, através da utilização obrigatória do preservativo e pelo rastreio da infecção.

Lecour e Castro (2004, p.85), referem que a abstinência total ou a limitação da actividade sexual mutuamente fiel a um único parceiro não infectado são as formas mais eficazes de prevenção da infecção pelo VIH.

Segundo o mesmo autor, a utilização correcta e habitual dos preservativos, também é uma medida eficaz na prevenção da infecção pelo VIH.

Como referido anteriormente, a partilha de seringas entre toxicodependentes é responsável pelo aumento da probabilidade de infecção do VIH neste grupo de risco. Desta forma, é essencial advertir os indivíduos da utilização de seringas descartáveis e de uso pessoal.

Ainda em relação à prevenção por via sanguínea, no caso de profissionais, é necessário a utilização de equipamentos de protecção ambiental e individual. A protecção a nível ambiental diz respeito à utilização de recipientes próprios para a eliminação de materiais corto-perfurantes, a protecção individual passa pela utilização de luvas, aventais, óculos, máscara, ..., de forma adequada e de acordo com o procedimento a realizar (Veronesi et al, 2000, p.42).

É necessário um especial cuidado no que diz respeito à manipulação de instrumentos que servem para a perfuração da pele e um controlo sistemático da devida esterilização, como no caso das agulhas utilizadas para a realização de tatuagens, na perfuração de orelhas, entre outros procedimentos.

Em relação à prevenção da transmissão vertical, existem algumas medidas que podem evitar que a mãe transmita a infecção para o filho, como referido anteriormente a transmissão vertical pode ocorrer durante a gestação, parto e aleitamento, desta forma as medidas são:

- A mãe deve iniciar o tratamento anti-retroviral, caso ainda não tenha iniciado;
- O parto deve ser por cesariana em vez de parto vaginal;
- A mãe deve ter o cuidado de não amamentar o filho ou filhos.

Embora a forma mais eficaz é a prevenção da gravidez, através do aconselhamento dos métodos contraceptivos apropriados.

A prevenção da infecção passa sempre pela educação, aconselhamento relativamente aos mecanismos de transmissão e métodos de prevenção face à infecção pelo VIH nas escolas, locais de trabalho e através de campanhas de sensibilização dirigidas.

#### **1.5.3.3.1. Jovem adulto**

Não é fácil estabelecer uma idade para definir o período de jovem adulto, para Seeley et al (2005, p.1104), a idade adulta é dividida em três períodos, sendo um deles, o período da juventude que abrange dos vinte aos quarenta anos.

Segundo Edelman e Mandale, 2002 (*cit. in* Potter e Perry (2005, p.232) "O período jovem se encontra entre os últimos anos da adolescência e meados ao final dos trinta anos de idade.

Qualquer indivíduo com idade compreendida entre os dezoito e os trinta anos é considerado um jovem adulto. Esta fase da vida é caracterizada por acontecimentos e realizações mas mesmo assim estes continuam a desenvolver-se em todas as suas dimensões e fazem escolhas importantes.

Deste modo, para os autores anteriormente mencionados, a idade adulta jovem é definida como um período compreendido entre o final da adolescência e os trinta anos.

De um ponto de vista global, as alterações que o jovem adulto passa reflectem-se no desenvolvimento físico, psicosexual, psicossocial e moral.

Sendo o período de jovem adulto, compreendido entre os dezoito e os trinta anos, que corresponde ao intervalo de idade em que existe mais casos registados, devemos ter em consideração que os jovens devem ser o grupo alvo nas políticas de prevenção.

Pois, com a idade de início da actividade sexual a diminuir, existe um grande risco para as doenças sexualmente transmissíveis, nomeadamente a infecção pelo VIH, sendo essencial adquirir conhecimentos/informação adequada para um comportamento sexual saudável e responsável.

Referindo Reis e Matos, 2007, cit. in Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde, 2007,

Segundo o Inquérito à Fecundidade e Família (2007), os jovens da maioria dos países europeus e especificamente os de Portugal, iniciam cada vez mais cedo a sua vida sexual.

A única forma de evitar a propagação da doença, é através da partilha de informação, conhecimentos actuais sobre a doença e os mecanismos preventivos que podem e devem ser adoptados, a fim de prevenir o contágio.

#### **1.5.3.4. Testes específicos de detecção do VIH**

A determinação da presença do vírus VIH num indivíduo infectado ou não, pode ser efectuada através de testes específicos, estes podem ser de dois tipos, os que permitem detectar material genético do VIH (proteínas, antígenos, ARN viral ou ADN celular contaminado) ou os que permitem detectar anticorpos para o VIH.

Um dos mais utilizados é o chamado teste ELISA (Enzyme Linked Immuno-Sorbent Assay), com este exame é possível detectar os anticorpos contra o vírus.

Várias semanas depois da infecção, os afectados desenvolvem, geralmente, anticorpos contra o VIH. (...) Em qualquer caso, o teste ELISA detecta os anticorpos em todas as pessoas infectadas (...) (Tavira e Atougua, 2006).

Quando os resultados dos testes ELISA são positivos, estes deverão ser confirmados por um teste mais exacto e dispendioso, como o teste Western-Blot, este teste também identifica os anticorpos contra o VIH, mas é mais específico que o teste ELISA.

Desta forma, para se realizar o diagnóstico de infecção pelo VIH é necessário que ambos os testes (ELISA e Western-Blot), obtenham um resultado positivo.

Existe também a possibilidade da presença da infecção pelo VIH, apesar de os resultados obtidos serem negativos (falsos negativos) em ambos os testes, isto devido ao chamado período de janela, em que o indivíduo ainda não fabricou anticorpos detectáveis, este período poderá ir de três a seis meses.

Assim, o teste de detecção da infecção pelo VIH não deve ser realizado logo após um potencial contacto de risco, apesar da ansiedade existente para a realização do mesmo. No entanto há excepções, no caso de acidente de trabalho, como por exemplo picada com agulha infectada, em que o teste deve ser realizado imediatamente. Após a realização do teste para a detecção da presença do VIH este deve ser repetido 3 meses depois.

Em suma, o teste positivo indica que o indivíduo está infectado e que poderá infectar outros indivíduos com o VIH se adoptar comportamentos de risco, não traduz que tem Sida ou que irá necessariamente desenvolver Sida. Já o teste negativo não quer dizer que o indivíduo não esteja infectado, mas sim que não foram detectados anticorpos de VIH no sangue naquele momento.

#### **1.5.3.5. Terapia Antiretroviral**

O tratamento da Sida tem como objectivos diminuir a replicação viral e o aparecimento de resistência aos anti-virais, reduzir a infecciosidade, impedir o progresso da imunossupressão, e permitir a reconstituição do número e da função dos linfócitos.

Neste sentido existem várias terapêuticas que actuam em diferentes etapas da infecção, inibindo a acção do vírus, designadas por terapêuticas anti-retrovirais.

A indicação para terapêutica anti-retroviral é baseada nos dados clínicos, na contagem de células CD4 e mais alta carga viral. Estes três factores importantes determinam se a terapêutica deve ser iniciada ou se pode continuar a ser adiada.

Segundo Bannister (2000), "(...) a terapêutica multimedamentosa, com pelo menos três medicamentos, é a ideal."

A terapêutica utilizada actualmente é a HAART (terapia antiretroviral altamente activa), que se traduz numa terapêutica multimedamentosa, isto porque é uma combinação de três ou mais fármacos.

Segundo Hoffmann et al (2006), nos países em que se passou a utilizar a HAART, verificou-se uma descida drástica do número de mortes e das doenças oportunistas com a Sida.

## **1.6. O papel do enfermeiro na prevenção - educação para a saúde e adopção de comportamentos**

Os cuidados de saúde primários, ou seja, saúde comunitária, são fundamentais na prevenção da doença, são estes que oferecem apoio pessoal e familiar, a comunicação e a informação sobre a prevenção, manutenção da saúde e doença.

A profissão de enfermagem detém uma vasta área de actuação e de responsabilidade no que diz respeito à Saúde Pública, e sendo os enfermeiros de saúde comunitária os técnicos de saúde de primeira linha, estes devem desenvolver as suas intervenções como a prevenção e promoção da saúde junto do indivíduo, família e comunidade.

Para tal, é necessário que em Enfermagem, tal como em outras áreas, persista uma constante renovação dos conhecimentos, obtida através da pesquisa, investigação, para que possam optar pela intervenção mais adequada face a determinada situação. Esta constante formação vai permitir a partilha de conhecimentos adequados, promovendo mudanças das características dos utentes e dos cuidados de que estes necessitam.

Os enfermeiros de saúde comunitária podem ter um papel fundamental na prevenção da infecção por VIH/Sida, se mantiverem uma atitude dinâmica, organizada e na sua prática clínica nunca descorar da parte humana.

As intervenções de enfermagem na prevenção podem estar mais facilitadas quando trabalhando como enfermeiros de família, pois este método de trabalho permite ao enfermeiro uma maior proximidade com os utentes e conhecimento das problemáticas dos mesmos, o que é benéfico para os dois intervenientes, enfermeiro - utente.

De acordo com a Coordenação Nacional para a Infecção VIH/Sida (2007, p. 9),

A proximidade dos cuidados de enfermagem, em articulação com as diferentes instituições e equipamentos da comunidade, é fundamental para garantir uma melhoria do nível global de saúde da população, contribuindo para a diminuição da incidência da infecção por VIH/sida, centrando a sua acção não na doença, mas na resposta aos problemas de saúde e aos processos de vida.

A prevenção deve ser um elemento imprescindível dos cuidados de saúde primários, pois só através do aconselhamento, informação e educação, se poderão obter resultados, tais como, comportamentos sexuais saudáveis e responsáveis, através da redução de parceiros sexuais e da utilização do preservativo de forma a evitar estas doenças infecciosas.

A eficácia da prevenção é exequível se nos cuidados de saúde primários os enfermeiros tiverem presente os conhecimentos precisos do que pretendem diminuir ou anular, factores de risco, bem como do que pretendem desenvolver, factores de protecção (Coordenação Nacional para a infecção VIH/Sida, 2007, p. 10).

Devido à grande inter relação entre a infecção VIH e os comportamentos sexuais, torna-se indispensável, cada vez mais, alertar os jovens, ainda numa perspectiva de prevenção, acerca dos perigos das relações sexuais, dos métodos de protecção ao dispor e das implicações futuras do não uso e respeito destas normas.

O grande desafio dos enfermeiros não se centra apenas na sua vertente de prestação de cuidados, mas também, e actualmente cada vez mais, no seu papel preventivo, de apoio às comunidades, no seu esclarecimento e na sua informação.

Neste sentido a educação para a saúde tem sido salientada como uma estratégia eficaz na diminuição da incidência da infecção VIH/Sida. Segundo a Coordenação Nacional para a infecção VIH/Sida (2007, p. 14) na elaboração da mesma o Enfermeiro deve ter presente, os seguintes objectivos:

- Fornecer informações precisas ao grupo-alvo, de maneira adequada ao seu desenvolvimento.
- Clarificar mitos e informações erradas sobre o VIH/sida.
- Garantir que os indivíduos infectados sejam tratados com respeito e não sejam alvo de qualquer tipo de preconceito e/ou discriminação.
- Proporcionar ao grupo-alvo a oportunidade de partilhar sentimentos e de diminuir as suas ansiedades e preocupações relativamente ao VIH/sida.
- Ajudar o grupo-alvo a reflectir nas implicações do comportamento associado ao sexo ocasional/comercial e ao consumo de drogas.
- Ajudar o grupo-alvo a descobrir e a adoptar atitudes e valores que apoiem a tomada de decisões responsáveis.

É fundamental garantir a existência de uma nova geração que não seja afectada pelo VIH, mediante a aplicação bem sucedida de estratégias de prevenção baseadas em educação sobre o VIH e educação sexual dirigidas especificamente aos jovens; intervenções dos meios de comunicação social.

Em suma, a intervenção na prevenção e educação para a saúde exige práticas assertivas, empenhamento pessoal e formação contínua.

## CAPITULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Perante um trabalho de investigação, a tomada de decisões certas para a realização deste recai sobre o investigador. É fundamental que o investigador seja capaz de optar pelo melhor método de trabalho para que este permita chegar a conclusões reais.

A fase metodológica, é a fase em que o investigador determina os métodos a utilizar ao longo do percurso da investigação para obter as respostas às questões de investigação, bem como a escolha dos instrumentos mais apropriados mais adequados para a realização da colheita de dados (Fortin, 2003, p.40).

### **2.1. Metodologia de Investigação**

No decorrer do processo de investigação confronta-se com várias alternativas, sendo portanto, necessário que este seleccione a metodologia adequada ao estudo que se pretende realizar.

Estando este estudo centrado nos conhecimentos e comportamentos dos alunos do ensino superior face à infecção pelo vírus VIH/Sida. A natureza do problema leva a perspectivar este estudo sob o ponto de vista da metodologia quantitativa, uma vez que segundo Fortin (2003, p.22), consiste num

(...)processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.

### **2.2. Tipo de Estudo**

Após a escolha da metodologia quantitativa optou-se por um estudo descritivo simples, pois a mesma pretende “compreender um fenómeno para extrair a sua essência do ponto de vista daqueles que vivem ou viveram essa experiência”, (Fortin, 2003, p. 148) e

(...) a atenção dos investigadores incide sobre a realidade tal como é percebida pelos indivíduos (...) e consiste, portanto, em descrever o universo perceptual de pessoas que vivem uma experiência que interessa à prática clínica (Fortin, 2003, p.149).

Para Fortin (2003, p. 164) o estudo descritivo baseia-se na descrição de fenómenos ou de um conceito referente a uma determinada população, com o objectivo de determinar as características dessa mesma população ou através de uma amostra significativa da mesma.

### **2.3. População e Amostra**

Para a realização da investigação delineou-se precisamente o processo de colheita de dados relacionados com a população a ser estudada, o espaço e momento ideal para a realização da colheita de dados.

De acordo com Fortin (2003, p.41), “ (...) a população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objectos) que partilham características comuns”. Desta forma, a população em estudo é constituída por alunos do ensino superior de uma universidade do Norte de Portugal.

Segundo Hicks (2006, p. 25), a população pode ser definida como compreendendo todas aquelas pessoas que possuem características que interessam ao investigador. Desta forma, a população alvo deste estudo de investigação são os alunos do ensino superior do Norte de Portugal.

A Amostra corresponde “ (...) a um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados ao acaso da população.” (Fortin, 2003, p.41).

O número de elementos a considerar para formar uma amostra é um aspecto importante ao mesmo tempo que coloca diversas interrogações. Na óptica de Fortin (2003, p. 211), de uma forma geral, grandes amostras conduzem a melhores aproximações aos parâmetros da população. Contudo, estas aproximações não garantem necessariamente representatividade.

Sendo este estudo susceptível de ser aplicado a toda a população que se encontre entre as características definidas e reúna as condições aplicadas, surgiu a necessidade de seleccionar uma amostra de forma a diminuir o tamanho da população a investigar.

Para este estudo de investigação definiu-se como tipo de amostragem aleatória simples, accidental. Nesta perspectiva, e conforme descreve Fortin (2003, p.208),

A amostragem acidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso (...), os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado.

Realizou-se a colheita de dados numa Universidade do Norte por ser geograficamente acessível para as deslocações do investigador. Escolheu-se o meio natural, nos dias 17 de Junho de 2010 a 3 de Julho de 2010, devido à maior afluência de alunos por se encontrar a decorrer o ano lectivo.

Assim, os elementos que compõem a amostra são indivíduos jovens adultos que se encontravam a sair das instalações universitárias e que concordaram em participar no estudo, nomeadamente trinta e cinco indivíduos jovens adultos pertencentes a uma universidade do norte. Contudo, é importante salientar que os elementos que fizeram parte do pré-teste, foram excluídos da selecção amostral.

#### **2.4. Definições de Variáveis**

“As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação” (Fortin, 2003, p.36). As variáveis assumem diferentes classificações, segundo a sua utilização numa determinada investigação.

Para que o estudo se demonstrasse perceptível foram identificadas variáveis de atributo ou organísmicas. “(...) São características dos sujeitos num estudo. Estas são regularmente variáveis demográficas: idade, escolaridade, sexo, estado civil, etnia, etc.” (Fortin, 2003, p.37). Logo, as variáveis identificadas incluem: género, idade, curso que frequenta e a residência.

#### **2.5. Instrumento de Colheita de Dados**

O instrumento escolhido para a colheita de dados tem de ir de encontro às perguntas de partida e aos objectivos do estudo para deste modo obter respostas que permitam avançar no processo de investigação.

Segundo Hicks (2006, p.23), os questionários “(...) são uma técnica muito vulgar e muito útil de recolha de dados, no campo dos cuidados de saúde”.

Um questionário é um instrumento de colheita de dados "(...) que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos (...)" (Fortin, 2003, p. 249)

O instrumento de colheita de dados elegido para a colheita de dados deste estudo de investigação será o questionário misto, ou seja, composto por perguntas fechadas e abertas. O questionário é composto por vinte e seis perguntas, das quais, a grande maioria são perguntas fechadas (dezanove perguntas), seis perguntas mistas e uma pergunta aberta.

Segundo Hicks, (2006, p.22),

A forma como estão estruturadas as opções de resposta, é importante na concepção do questionário, uma vez que isso pode ditar o nível e honestidade com que o inquirido responde, (...) como a importância e a quantidade de informação que pode ser obtida com as perguntas.

Com aplicação do questionário pretendo obter informação dos conhecimentos dos alunos do ensino superior sobre o VIH/Sida e os métodos de prevenção usados pelos mesmos para a prevenção da infecção pelo vírus. O método utilizado para a aplicação do instrumento de colheita de dados é a aplicação directa do questionário na ausência do investigador, após a leitura do consentimento informado.

### **2.5.1. Pré-teste**

Antes da colheita de dados referentes ao teste definitivo, foi realizado um pré-teste numa amostra populacional semelhante, de modo a testar a pertinência das questões e detectar possíveis falhas relativamente à semântica e ambiguidade das perguntas.

O pré-teste permite ao investigador corrigir ou modificar o questionário, de modo a resolver problemas imprevistos, antes da sua aplicação em grande escala, mas o seu objectivo principal é avaliar a eficácia do questionário quanto à recolha de dados, isto é, se o questionário responde aos requisitos estabelecidos previamente.

Segundo Fortin (2003, p.373),

Medida de uma variável efectuada nos sujeitos antes que seja aplicado o tratamento experimental. Também, ensaio de um instrumento de medida ou de um equipamento antes da sua utilização em maior escala.

Todavia, este deve ser aplicado a uma pequena amostra de sujeitos, pertencentes à população onde vai ser feito o estudo, tendo em conta que estes não podem fazer parte da amostra que vai ser estudada. Após aplicado o instrumento de colheita de dados, foi avaliada a sua eficácia e pertinência e verificou-se que, para colmatar as dúvidas, as necessidades do investigador, o mesmo estava apto a ser aplicado à amostra.

## **2.6. Tratamento de Dados**

Após a realização da colheita de dados, é essencial a organização e análise dos mesmos, para tal a utilização de técnicas estatísticas é necessária para descrever a amostra e as variáveis.

De acordo com Fortin (2009, p.474)

(...) a análise deve permitir pôr em evidência as variáveis que serviram para caracterizar a amostra e as que foram ligadas entre si e para determinar se as hipóteses postas à prova por meio de testes estatísticas, são confirmadas ou infirmadas.

Os dados obtidos através da aplicação do questionário, devem ser apresentados e analisados, atendendo ao objectivo principal que consiste em verificar se os estudantes do ensino superior apresentam conhecimentos e comportamentos adequadas face à infecção do VIH/Sida.

Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao programa informático Microsoft Office Excel 2007 devido à economia de tempo e fiabilidade dos resultados que permitiu, posteriormente os mesmos serão apresentados em gráficos e tabelas para uma melhor análise e discussão dos dados.

## 2.7. Considerações éticas

Quando se realiza um projecto de investigação em que no processo são utilizadas pessoas, é necessário assegurar a segurança e a privacidade das mesmas, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados. Perante isto, é necessário ter em conta alguns princípios éticos.

Qualquer investigação efectuada a seres humanos, (...) levanta questões morais e éticas, sendo então necessário fazer uma análise especial dos procedimentos a utilizar de modo a proteger os direitos dos sujeitos (Fortin, 2003).

A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdade da pessoa, para que isso não aconteça, é necessário tomar todas as disposições para os proteger. Como tal, foram determinados pelo código de ética cinco princípios ou direitos fundamentais aplicados as pessoas, sendo eles:

- Direito pela autodeterminação;
- Direito à intimidade;
- Direito ao anonimato e à confidencialidade;
- Direito à protecção contra desconforto e prejuízo e por fim;
- Direito a um tratamento justo e legal.

O direito à autodeterminação consiste no direito das pessoas “ (...) decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação (...) ” (Fortin, 2003, p.116)

O direito à intimidade, está relacionado

(...)com a liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participa numa investigação e a determinar em que medida esta aceita partilhar informações tanto íntimas e privadas (Fortin, 2003, p.117).

O direito ao anonimato e confidencialidade “ (...) é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador” (Fortin, 2003 p.117).

O direito à protecção contra o desconforto e prejuízo “ (...) corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal, ou de a prejudicarem” (Fortin, 2003, p. 118).

O direito a um tratamento justo e legal está relacionado com o direito da pessoa de ser informada sobre o fim, a natureza e a duração da investigação para a qual é solicitada a sua participação assim como os métodos utilizados no estudo. (Fortin, 2003, p.119)

Considerando os princípios éticos acima referidos, na elaboração do instrumento de colheita de dados, assim como durante todo o processo de colheita de dados e a sua análise, a confidencialidade, o anonimato e o consentimento livre e esclarecido foram preservados, protegendo desta forma os direitos fundamentais das pessoas, no que diz respeito à participação neste estudo.

## CAPITULO III - ENQUADRAMENTO EMPIRICO

A fase empírica caracteriza-se pela análise dos dados recolhidos e pela sua discussão. Deste modo, após a colheita de dados, torna-se imprescindível executar a apresentação e análise dos resultados obtidos.

A análise de dados pretende tornar os dados válidos, assegurando uma representação da realidade. Neste estudo, a análise dos dados obtidos será realizada através da estatística descritiva.

Segundo Fortin (2009, p. 410),

A análise descritiva dos dados é o processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos (...). Esta visa essencialmente descrever as características da amostra e responder às questões de investigação (...).

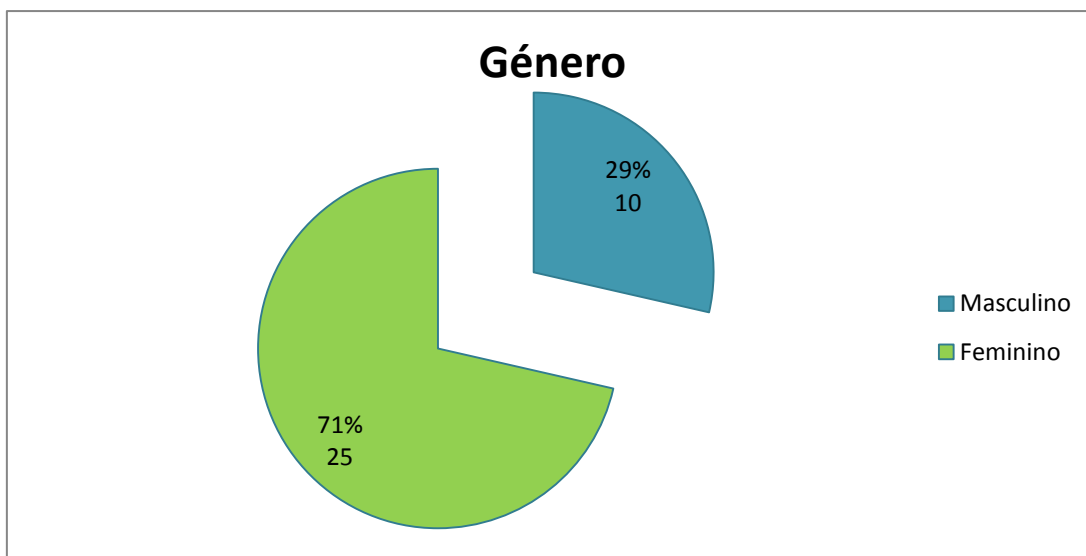
A apresentação dos resultados baseia-se na descrição dos resultados obtidos através de textos e em simultâneo através de quadros e gráficos.

### **3.1. Apresentação e Discussão de Dados**

Nesta parte, serão apresentados os resultados da análise dos dados colhidos através dos questionários.

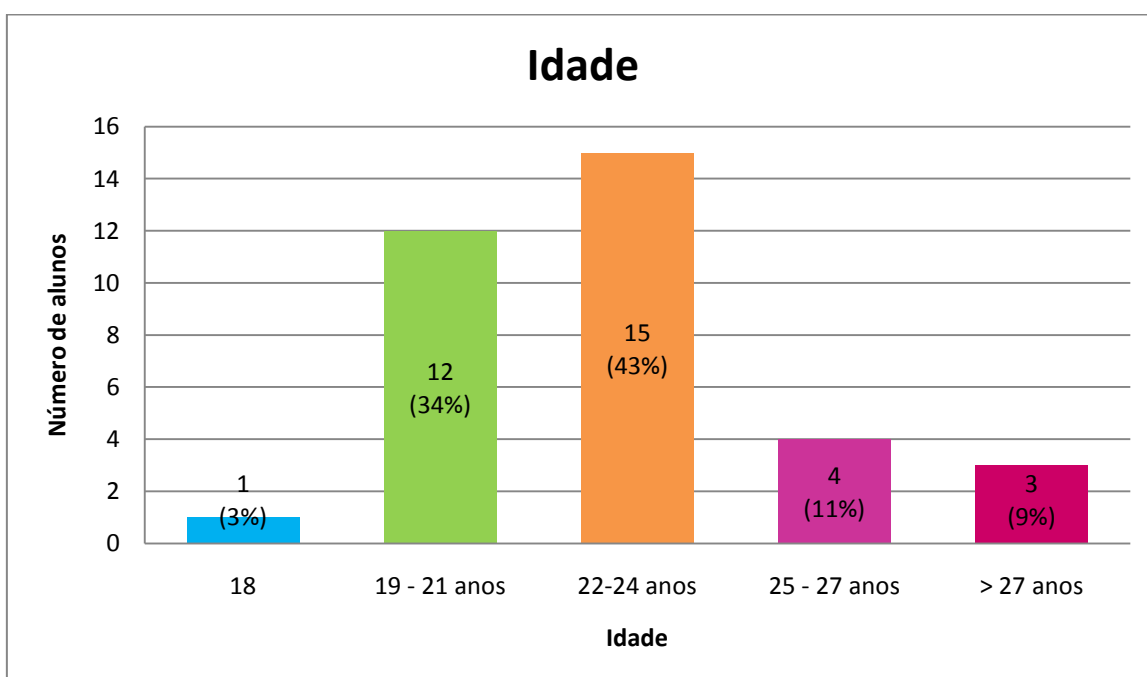
A análise de dados foi efectuada através do recurso à estatística descritiva. Para a construção da esquematização dos dados (tratamento estatístico e construção de gráficos) foi utilizado o Microsoft Office Excel 2007.

**Gráfico nº 3** - Distribuição de dados relativamente à variável Género dos Alunos do Ensino Superior incluídos na amostra



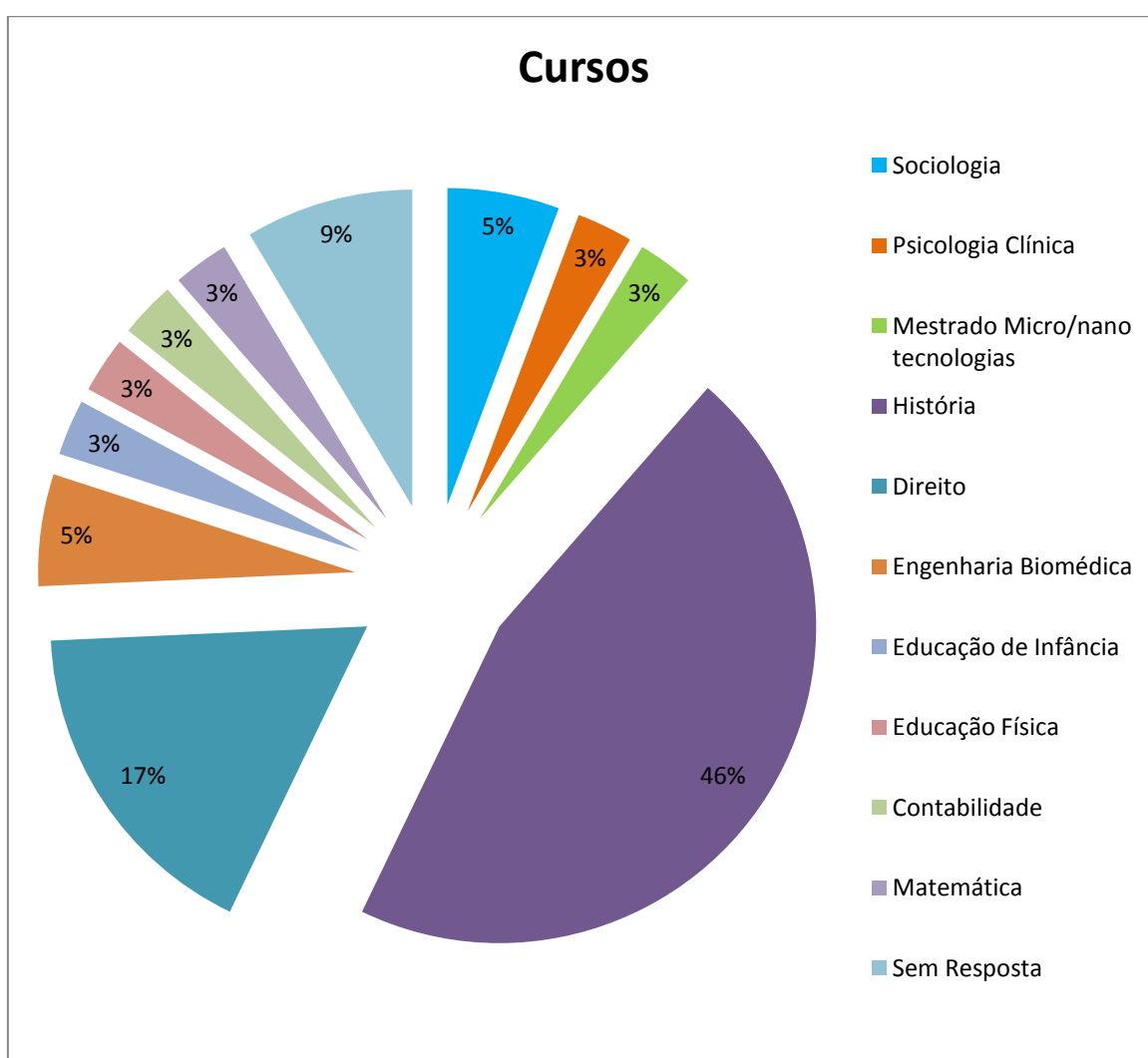
Na distribuição da amostra quanto ao género, verifica-se que dos 35 alunos do ensino superior a grande maioria é do género feminino, ou seja, 71% da amostra (25 Alunos) e 29% (10 Alunos) do género masculino. Existindo assim uma prevalência do sexo feminino.

**Gráfico nº 4** - Distribuição de dados relativamente à Idade dos alunos incluídos na amostra



A amostra é composta por 35 alunos do ensino superior. Para facilitar a caracterização da amostra dividiu-se as idades nos seguintes intervalos, [18], [19 – 21], [22 – 24], [25 – 27], ]>27[. Como se verifica no gráfico acima, dos 35 alunos do ensino superior, 1 (3%) tem 18 anos, seguindo de 12 (34%) alunos com idades compreendidas entre os [19 - 21] anos, entre os [22 - 24] anos encontram-se 15 (43%) alunos, entre os [25 - 27] anos encontram-se 4 (11%) alunos e 3 (9%) alunos com idade ]>27[. Relativamente à idade dos alunos com maior afluência ao estudo foi entre os 19 e os 24 anos.

**Gráfico nº 5** - Distribuição dos dados relativamente ao curso frequentado pelos alunos incluídos na amostra



Relativamente ao curso frequentado pelos alunos, a grande maioria dos alunos inquiridos, 46% (16) frequentam o Curso de História, segue-se o curso de direito com 6 alunos (17%), 2 dos alunos (5%) frequentam o curso de Engenharia Biomédica, o curso

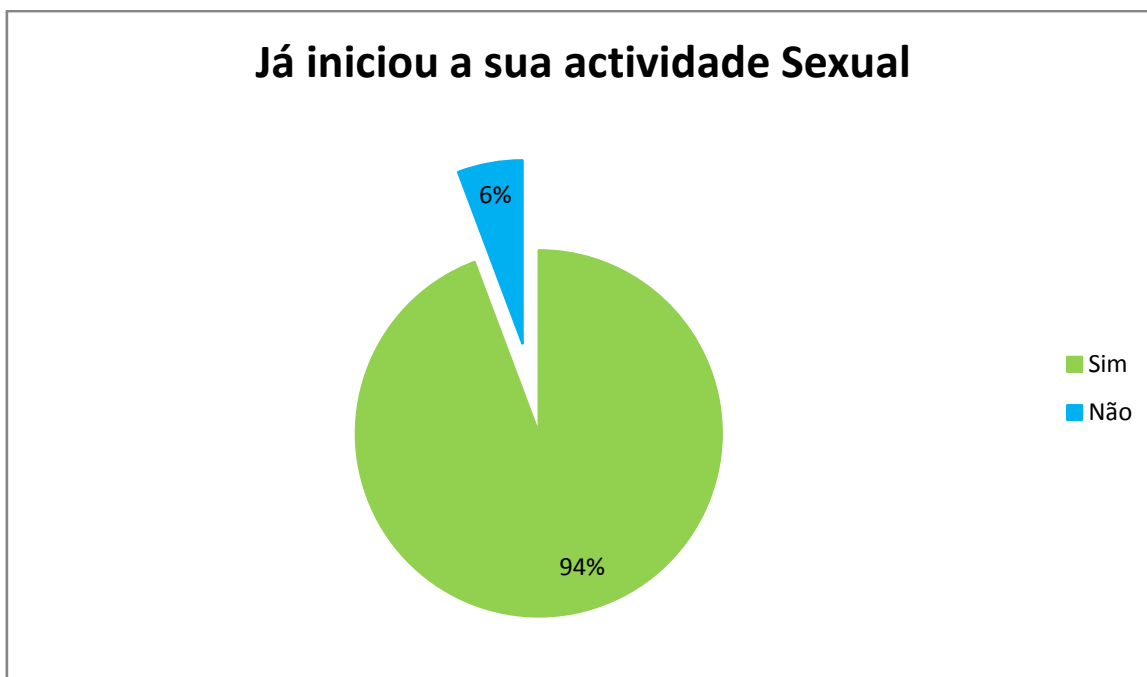
de Sociologia é frequentado por 2 alunos (5%). Os seguintes cursos, Psicologia Clínica, Mestrado em Micro/nano tecnologias, Educação de Infância, Educação Física, Contabilidade e Matemática, cada um destes cursos é frequentado por 1 aluno que corresponde a 3%. Ainda em relação a esta questão, 7% da amostra, ou seja, 3 alunos não responderam a esta questão.

**Quadro nº3** - Distribuição dos dados relativamente a onde vivem os alunos, incluídos na amostra, em tempo de aulas

<b>Onde Vivem os alunos em tempo de aulas</b>	<b>Frequência</b>	
	<b>Absoluta (nº)</b>	<b>Relativa (%)</b>
<b>Sozinho</b>	3	8,5
<b>Com os pais</b>	20	57
<b>Numa residencial Universitária</b>	2	6
<b>Casa Própria</b>	3	8,5
<b>Residência para estudantes</b>	1	3
<b>Casa/apartamento partilhada com amigos</b>	6	17
<b>Total</b>	35	100

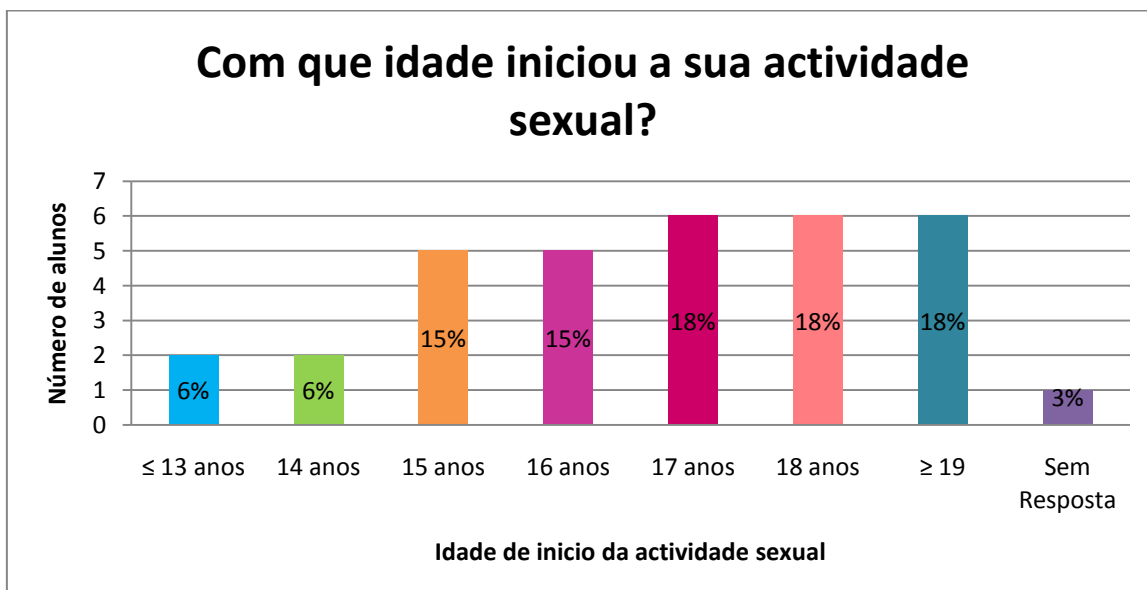
De acordo com os dados obtidos, o local de residência dos alunos em tempo de aulas, cerca de 57% (20) dos alunos vivem com os pais, 17% (6) dos alunos referem viver em casa/apartamento partilhada com amigos, 8,5% (3) dos alunos vivem sozinhos, 8,5% (3) alunos vivem em casa própria, 6% (2) alunos vivem numa residencial universitária e 3% da amostra (1 aluno) vive em residência para estudantes.

**Gráfico nº 6** - Distribuição dos dados relativamente ao início da actividade sexual dos alunos incluídos na amostra



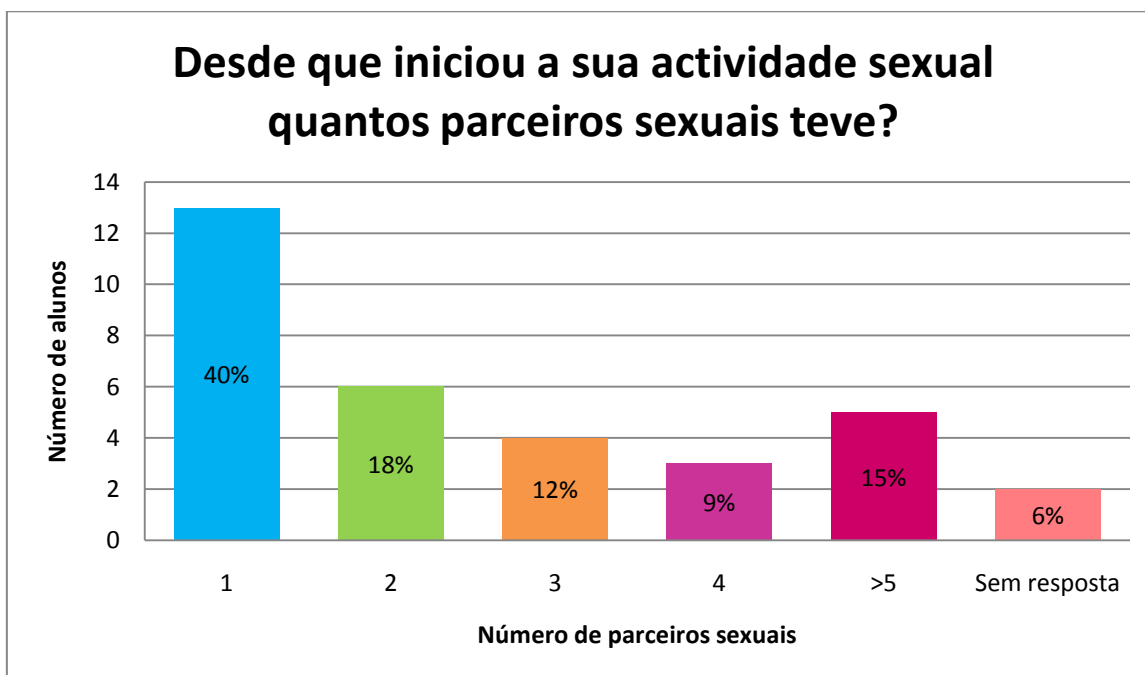
Relativamente ao início da actividade sexual nos alunos do ensino superior, verificou-se que a maioria dos inquiridos, 94% (33 alunos) já iniciaram a sua vida sexual e que 6% da amostra (2 alunos) ainda não iniciou.

**Gráfico nº 7** - Distribuição dos dados relativamente à idade em que os alunos do ensino superior, incluídos na amostra, iniciaram a actividade sexual



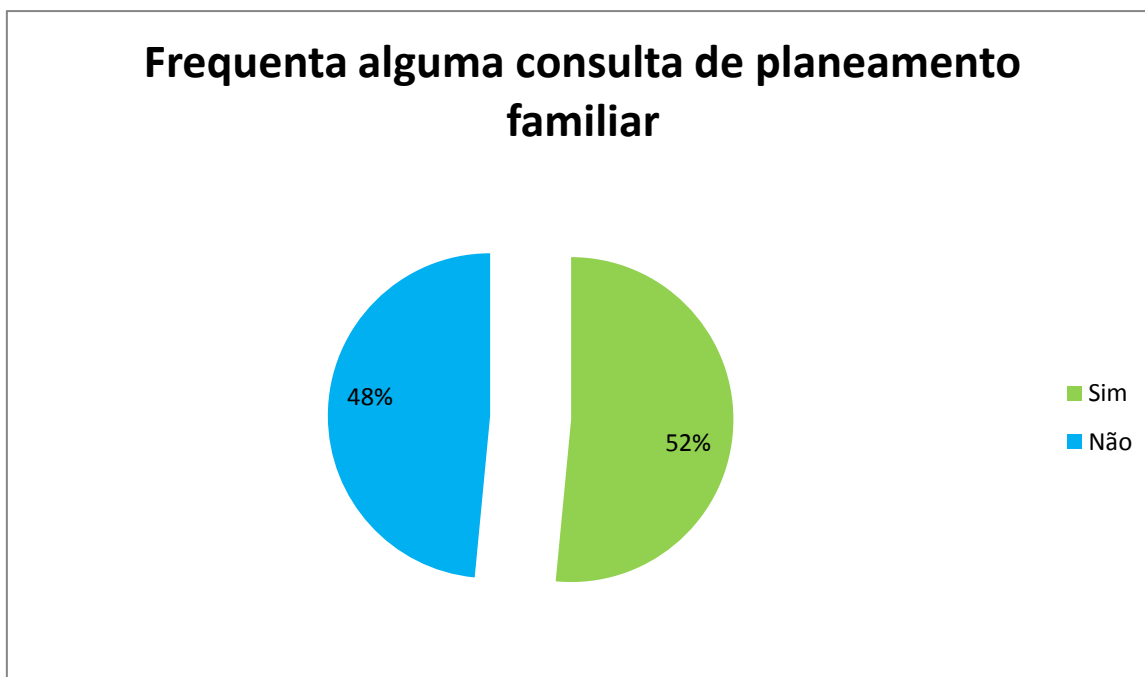
Pretendeu-se saber com que idade os alunos do ensino superior iniciaram a sua actividade sexual, dos 33 (94%) alunos que responderam que já iniciaram a sua vida sexual, 2 alunos (6%) iniciaram a sua actividade sexual com a idade menor ou igual a 13 anos, 2 alunos (6%) iniciou com 14 anos, 5 alunos (15%) com 15 anos, 5 alunos (15%) iniciou a sua actividade sexual com 16 anos, 6 alunos (18%) refere ter iniciado com 17 anos, 6 alunos (18%) iniciou com 18 anos, 6 alunos (18%) menciona ter iniciado a sua actividade sexual com idade maior ou igual a 19 anos. Dos 33 alunos que referiram ter iniciado a sua actividade sexual 1 aluno que corresponde a 3% não respondeu a esta questão. Relativamente à idade média de inicio da actividade sexual dos alunos foi entre os 16,7 anos.

**Gráfico nº 8** - Distribuição dos dados relativamente ao número de parceiros sexuais desde o inicio da actividade sexual dos alunos incluídos na amostra



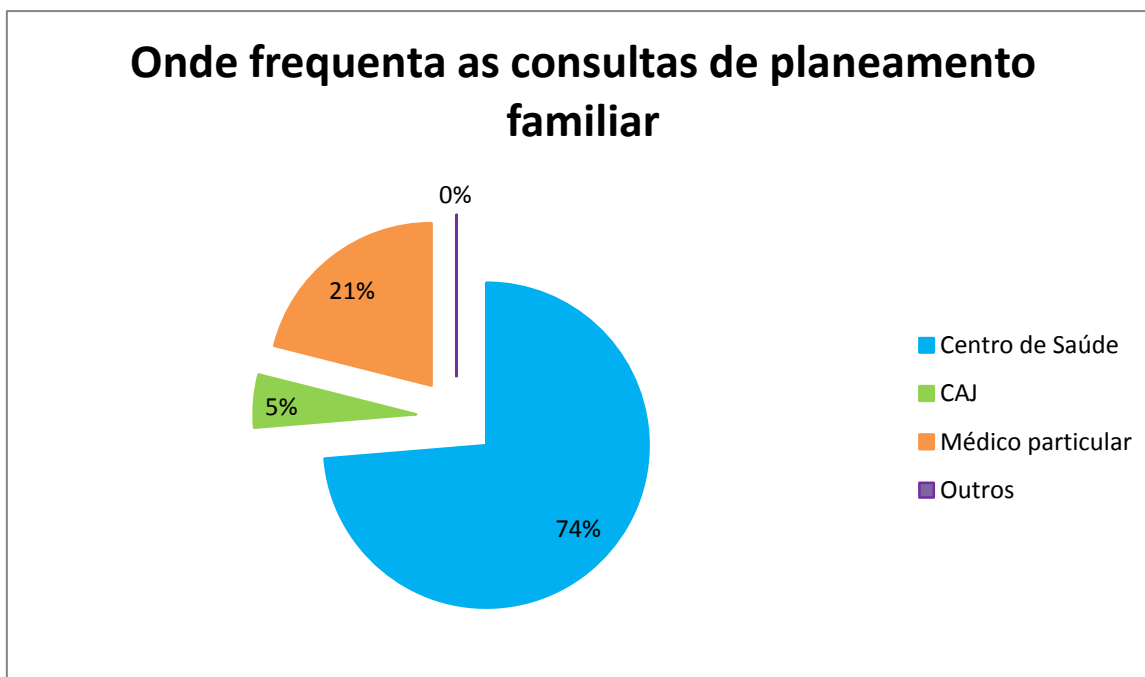
Relativamente ao número de parceiros sexuais que os alunos tiveram desde o inicio da sua actividade sexual, a grande maioria da amostra, 13 alunos (40%) refere ter tido um parceiro sexual, 6 alunos (18%) mencionam 2 parceiros sexuais desde o inicio da sua actividade sexual, 4 alunos (12%) tiveram 3 parceiros sexuais, 3 alunos (9%) referem 4 parceiros sexuais, em relação à opção número de parceiros sexuais maior ou igual a 5 responderam 5 alunos (15%). Dois dos alunos (6%) não responderam à questão.

**Gráfico nº 9** - Distribuição dos dados relativamente à frequência de consultas de planeamento familiar pelos alunos incluídos na amostra



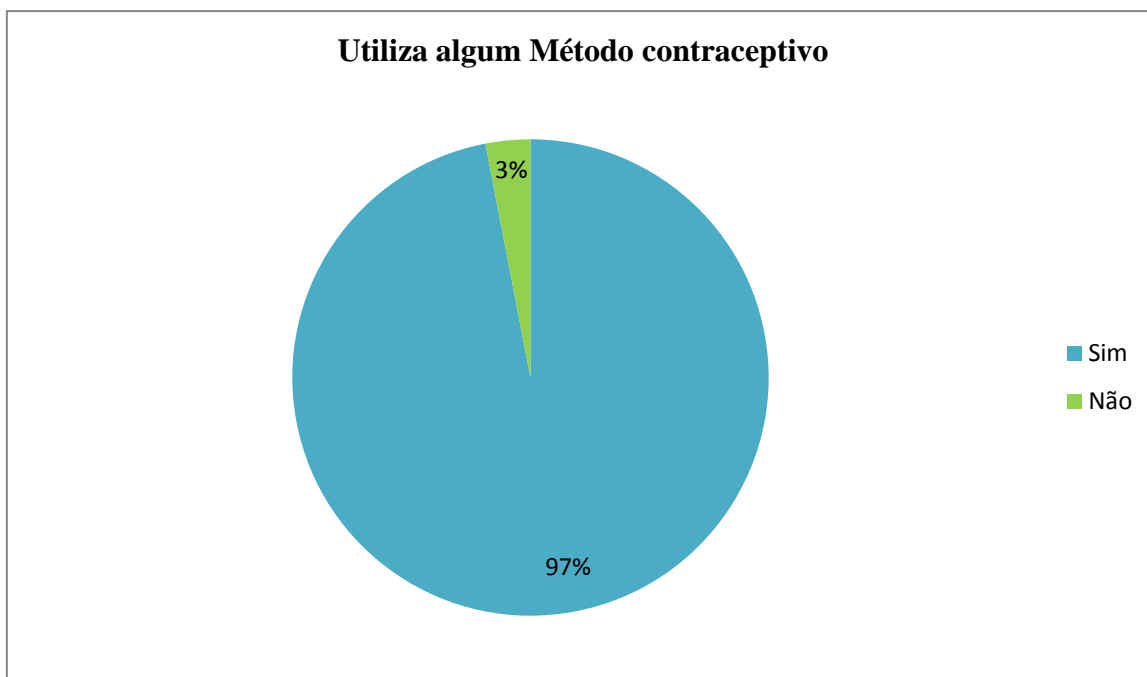
Pretendeu-se saber se os alunos que iniciaram a sua vida sexual frequentam alguma consulta de planeamento familiar. Mediante esta questão 17 alunos (52%) responderam que sim e 16 alunos (48%) respondeu que não. Os alunos que responderam que sim pertencem na totalidade ao género feminino, os que responderam não, a grande maioria pertencem ao género masculino.

**Gráfico nº 10** - Distribuição dos dados relativamente aos locais onde os alunos, incluídos na amostra, frequentam as consultas de planeamento familiar



Relativamente ao local em que os alunos frequentam as consultas de planeamento familiar. Os alunos referem na grande maioria frequentar as consultas de planeamento no Centro de Saúde que corresponde a 14 alunos (74%), 1 aluno (5%) refere frequentar as consultas de planeamento familiar no Centro de Apoio a Jovens (CAJ), 4 alunos (21%) mencionam o médico particular como local em que frequentam a consulta de planeamento. É de salientar que existem alunos que frequentam as consultas de planeamento no centro de saúde e médico particular.

**Gráfico nº 11** - Distribuição dos dados relativamente à utilização de algum método contraceptivo pelos alunos incluídos na amostra



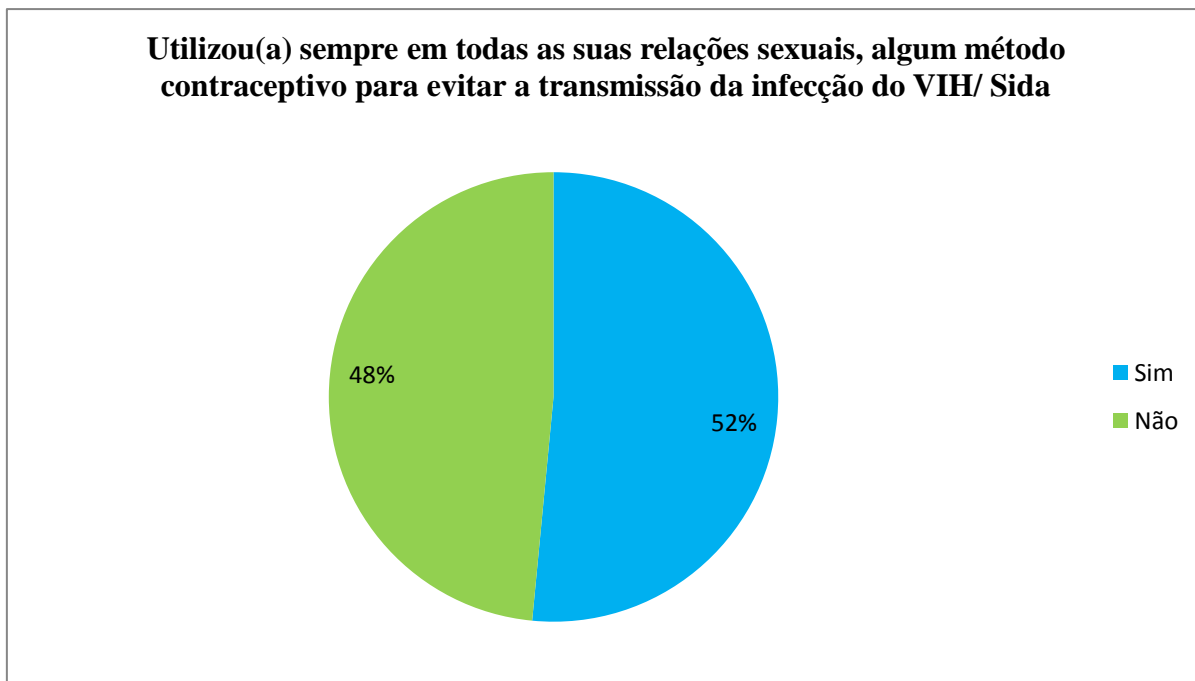
Relativamente à utilização de métodos contraceptivos, dos 33 alunos que iniciaram a sua actividade sexual, 32 alunos (97%) refere que utiliza algum método contraceptivo e 1 aluno (3%) respondeu que não utiliza qualquer método contraceptivo.

**Quadro nº 4** - Distribuição dos dados relativamente ao(s) método(s) contraceptivo(s) utilizados pelos alunos incluídos na amostra

<b>Métodos contraceptivos</b>	<b>Frequência</b>	
	<b>Absoluta (nº)</b>	<b>Relativa (%)</b>
<b>Pílula</b>	22	53
<b>Diafragma</b>	0	0
<b>Abstinência Periódica</b>	0	0
<b>DIU (Dispositivo Intra Uterino)</b>	0	0
<b>Preservativo Masculino</b>	19	45
<b>Preservativo feminino</b>	0	0
<b>Espermicidas</b>	0	0
<b>Coito Interrompido</b>	1	2
<b>Outros</b>	0	0

Em relação aos métodos contraceptivos utilizados pelos alunos do ensino superior destacam-se como métodos escolhidos a pílula com 53% das respostas e o preservativo masculino com 45% e um aluno, que corresponde a 2% refere o coito interrompido.

**Gráfico nº 12** - Distribuição dos dados relativamente à utilização pelos alunos, incluídos na amostra, de algum método contraceptivo para evitar a transmissão da infecção do VIH/ Sida em todas as suas relações sexuais.



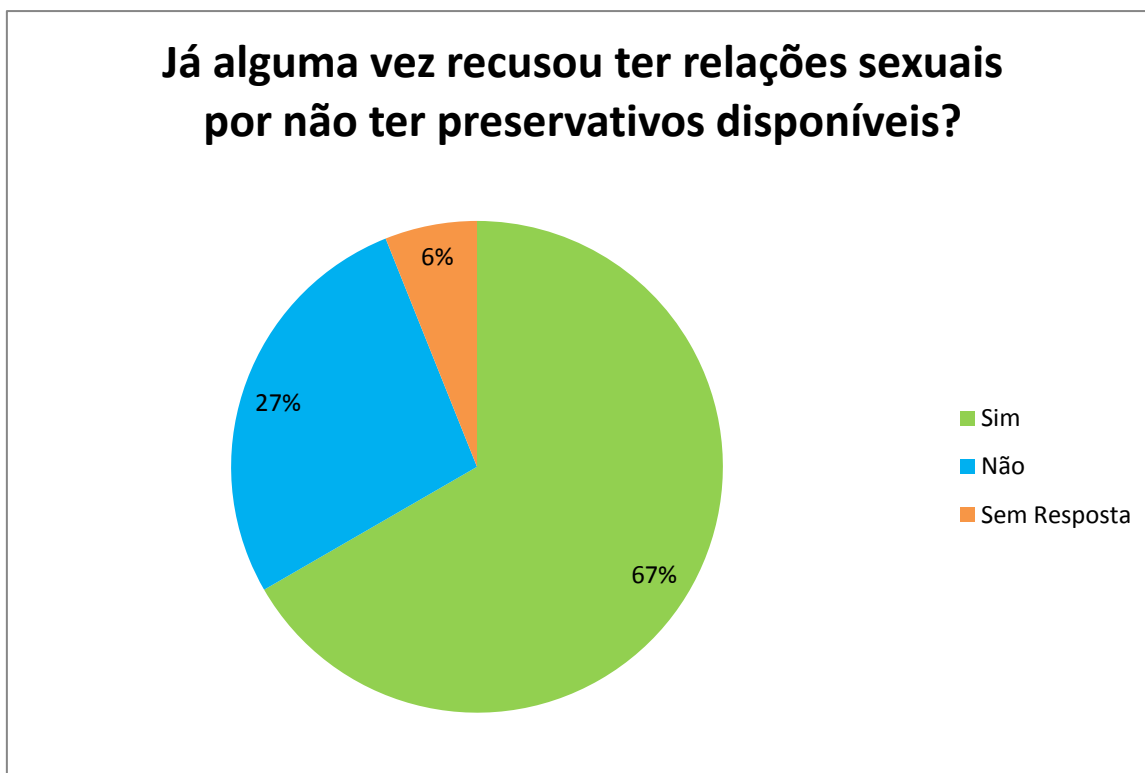
Aquando das relações sexuais, cerca de 52% (17) dos jovens utilizou sempre um método para evitar a transmissão da infecção VIH/Sida, enquanto que 48% (16) nem sempre utilizou algum método para a prevenção da infecção.

**Quadro nº 5** - Distribuição dos dados relativamente ao método utilizado pelos alunos, incluídos na amostra, para evitar a transmissão do VIH/Sida.

<b>Métodos contraceptivos</b>	<b>Frequência</b>	
	<b>Absoluta (nº)</b>	<b>Relativa (%)</b>
<b>Pílula</b>	6	25
<b>Diafragma</b>	0	0
<b>Abstinência Periódica</b>	0	0
<b>DIU (Dispositivo Intra Uterino)</b>	0	0
<b>Preservativo Masculino</b>	16	67
<b>Preservativo feminino</b>	0	0
<b>Espermicidas</b>	0	0
<b>Coito Interrompido</b>	2	8
<b>Outros</b>	0	0

Dos alunos que referiram na pergunta anterior ter utilizado sempre em todas as relações sexuais algum método para a prevenção da infecção do VIH/Sida, entre os métodos escolhidos/utilizados pelos jovens encontram-se o preservativo masculino com 67% (16 alunos), a pílula com 25% (6 alunos) e o coito interrompido com 8% (2 alunos).

**Gráfico nº 13** - Distribuição dos dados relativamente à recusa de relações sexuais sem preservativo nos alunos incluídos na amostra



No que diz respeito à recusa de relações sexuais por não terem preservativos disponíveis, os alunos na sua maioria 67% (22 alunos) referem que já recusaram, 27% (9 alunos) diz que nunca recusou, e 6% (2 alunos) não respondeu.

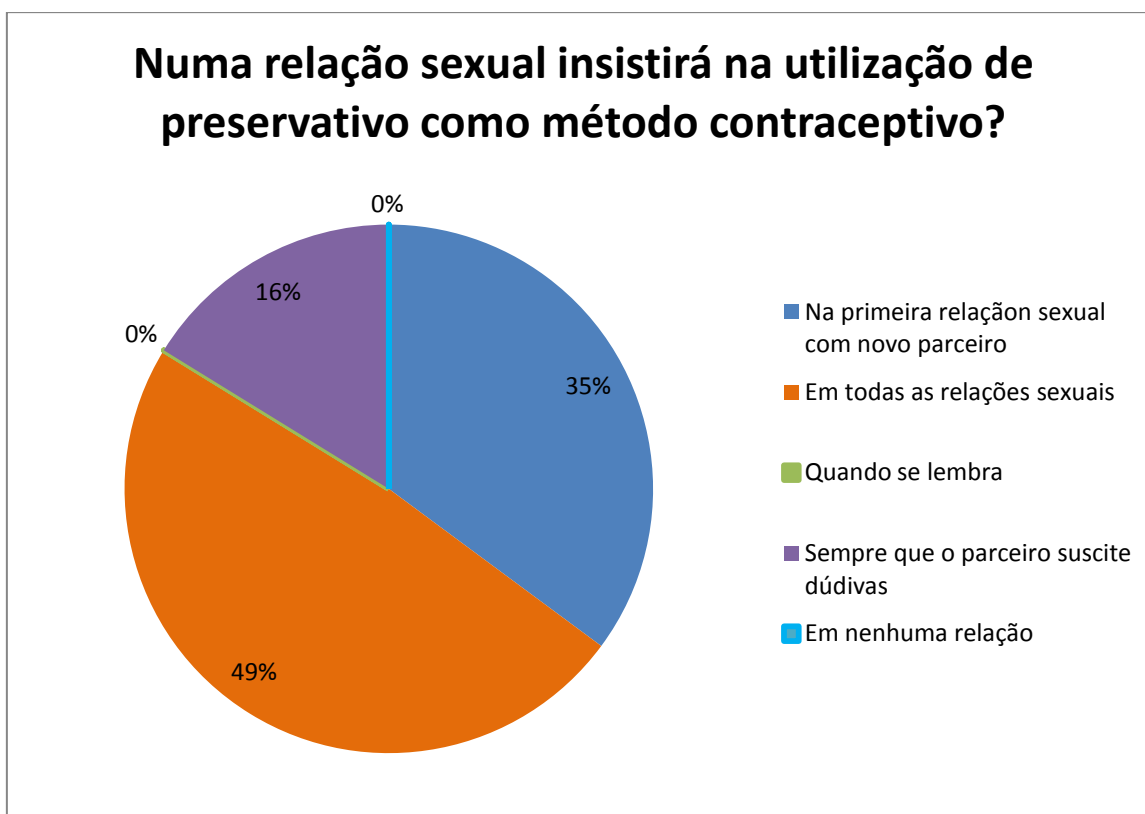
**Quadro nº 6** - Distribuição dos dados relativamente ao contraceptivo que os alunos, incluídos na amostra, consideram mais seguro na prevenção da infecção pelo VIH.

<b>Métodos contraceptivos</b>	<b>Frequência</b>	
	<b>Absoluta (nº)</b>	<b>Relativa (%)</b>
<b>Pílula</b>	4	9
<b>Diafragma</b>	0	0
<b>Abstinência Periódica</b>	0	0
<b>DIU (Dispositivo Intra Uterino)</b>	0	0
<b>Preservativo Masculino</b>	34	72
<b>Preservativo feminino</b>	6	13
<b>Espermicidas</b>	0	0
<b>Coito Interrompido</b>	2	4
<b>Outros</b>	0	0
<b>Sem Resposta</b>	1	2

Relativamente ao método contraceptivo que os alunos consideram mais seguro na prevenção da infecção pelo VIH, as opiniões dividem-se entre a pílula, preservativo masculino e preservativo feminino. Sendo que a maioria 72% (34 alunos) refere o preservativo masculino com o método mais eficaz na prevenção, de seguida 13% da

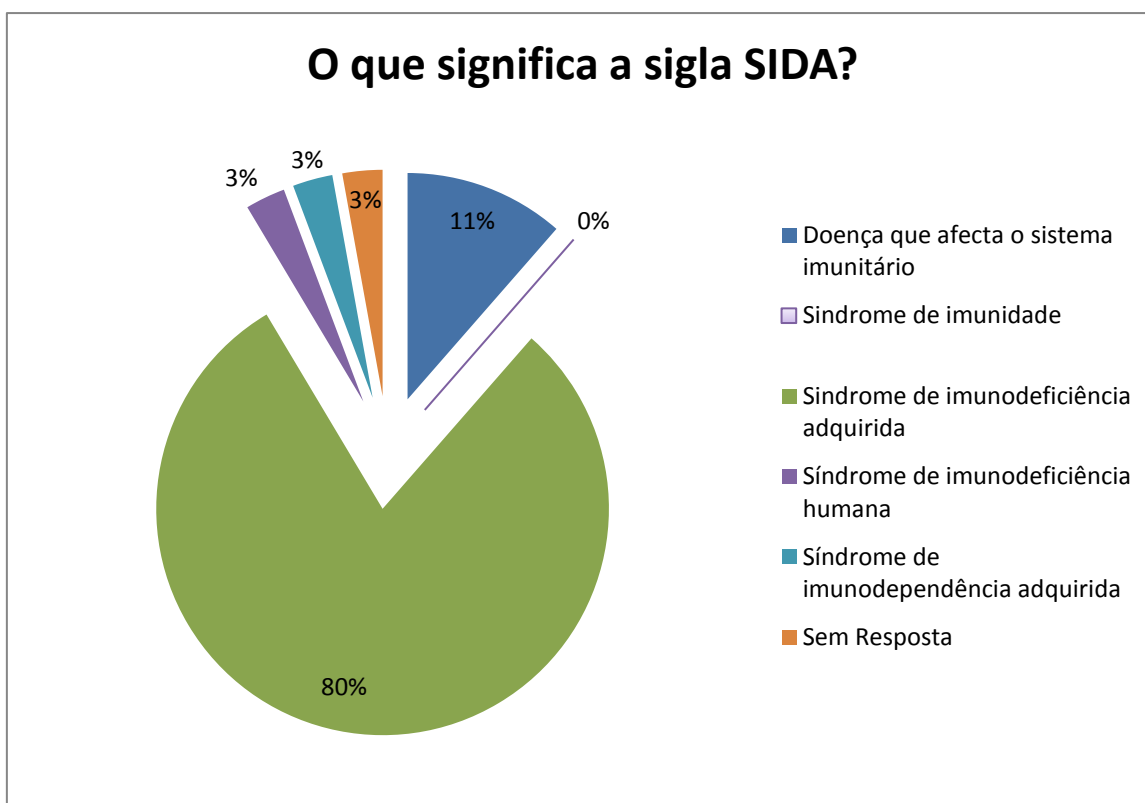
amostra (6 alunos) referem o preservativo feminino e 9% da amostra (4 alunos) refere a pílula como método eficaz na prevenção.

**Gráfico nº 14** - Distribuição dos dados relativamente à insistência na utilização de preservativo como método contraceptivo numa relação, pelos alunos do ensino superior incluídos na amostra



Pretendeu-se saber em que situações os alunos insistiriam na utilização do preservativo como método contraceptivo, 49% (18 alunos) referem insistir na utilização do método contraceptivo em todas as relações sexuais, 35% (13 alunos) insistem na utilização do preservativo apenas na primeira relação sexual com um novo parceiro e 16% (6 alunos) referem insistir na utilização do preservativo apenas quando o parceiro suscite dúvidas. As opções quando se lembra e em nenhuma relação não foi referida por nenhum aluno.

**Gráfico nº 15** - Distribuição dos dados relativamente ao conhecimento do significado da Sigla Sida pelos alunos do ensino superior incluídos na amostra



Através da análise do gráfico pode-se constatar dos 35 alunos inquiridos, 28 alunos (80%) sabia qual o significado exacto da sigla SIDA e que 7 alunos que corresponde a 20% da amostra não sabe o seu significado. Dentro dos 7 alunos (20%) que não responderam correctamente, 4 alunos (11%) referem ser uma doença que afecta o sistema imunitário, 1 aluno (3%) refere ser Síndrome de imunodeficiência humana, 1 aluno (3%) síndrome de imunodependência adquirida e 1 aluno (3%) não respondeu à questão. A opção Síndrome de imunidade não foi assinalada por nenhum dos alunos.

**Quadro nº 7** - Distribuição dos dados relativamente ao conhecimento dos alunos, incluídos na amostra, sobre os mecanismos de transmissão do VIH/Sida

<b>Mecanismos de Transmissão</b>	<b>Frequência</b>	
	<b>Absoluta (nº)</b>	<b>Relativa (%)</b>
<b>Abraço ou Aperto de mão</b>	1	1
<b>Secreções vaginais</b>	26	19
<b>Partilha de utensílios alimentares e/ou alimentos</b>	4	3
<b>Transfusão sanguínea</b>	34	24
<b>Beijo íntimo boca a boca</b>	6	4
<b>Respiração, tosse ou espirros</b>	4	3
<b>Picadas de mosquito</b>	13	9
<b>Partilha da mesma habitação</b>	1	1
<b>Esperma</b>	28	20
<b>Partilha de utensílios de higiene pessoal (lâminas de barbear, escova de dentes, ...)</b>	23	16

Relativamente aos mecanismos de transmissão do infecção pelo VIH/Sida, os alunos referem como mecanismos de transmissão maioritariamente as secreções vaginais com 19%, 24% da amostra refere transfusão sanguínea, 20% menciona o esperma, a

partilha de utensílios de higiene pessoal é seleccionada por 16% e a picadas de mosquito com 9%. As outras opções embora assinaladas em minoria, não foram excluídas pelos alunos, sendo assim, 1% dos alunos acha que a infecção pode transmitir-se por um abraço ou aperto de mão e partilha da mesma habitação, as opções partilha de utensílios alimentares e/ou alimentos e respiração, tosse ou espirros foram assinaladas por 3% da amostra e por fim 4% da amostra refere o beijo íntimo boca a boca como mecanismo de transmissão da infecção do VIH/Sida.

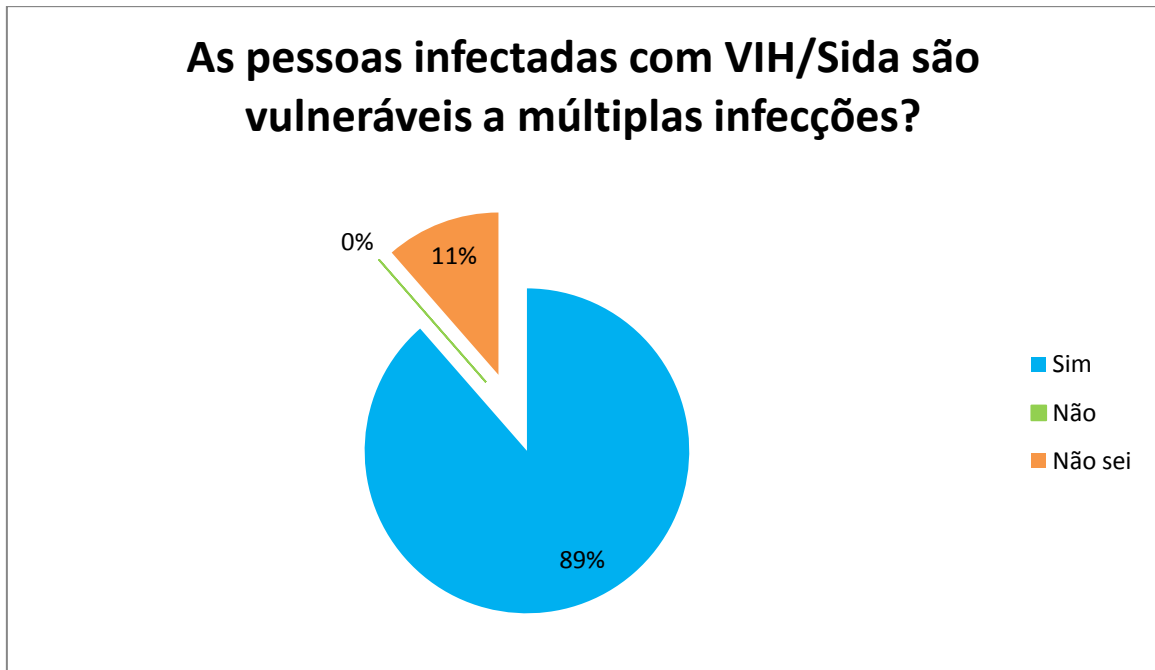
**Quadro nº 8** - Distribuição dos dados relativamente ao conhecimento dos alunos, incluídos na amostra, acerca da transmissão do VIH da mãe para o filho

<b>Uma mulher grávida, seropositiva, pode transmitir o VIH ao seu filho?</b>	<b>Frequência</b>	
	<b>Absoluta (nº)</b>	<b>Relativa (%)</b>
<b>Antes de nascer</b>	17	46
<b>Durante o parto</b>	6	16
<b>Durante o aleitamento</b>	1	3
<b>Antes de nascer, durante o parto e aleitamento</b>	11	30
<b>Durante o parto e aleitamento</b>	0	0
<b>Nunca</b>	0	0
<b>Sem Resposta</b>	2	5

No que diz respeito à transmissão vertical da infecção os alunos na sua maioria 46% (17 alunos) referem que a transmissão poderá efectuar-se antes de nascer, 30% da amostra (11 alunos) menciona que a transmissão pode ocorrer antes de nascer, durante o parto e

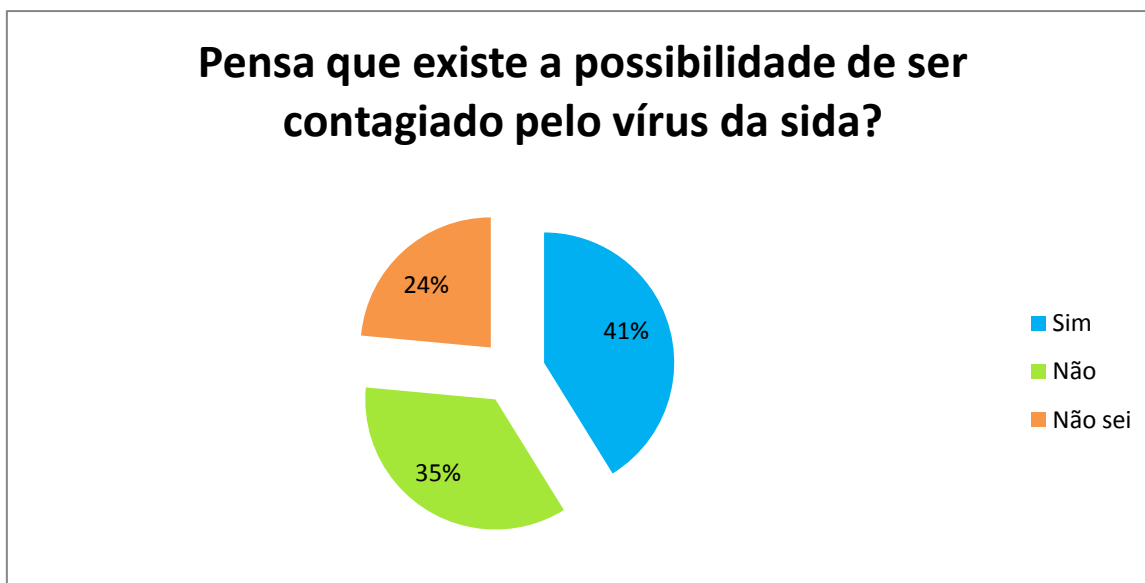
o aleitamento, 16% da amostra (6 alunos) referem que a transmissão apenas pode ocorrer durante o parto e 3% (1 aluno) durante o aleitamento. Dois dos alunos (5%) não responderam a esta questão.

**Gráfico nº 16** - Distribuição dos dados relativamente ao conhecimento dos alunos, incluídos na amostra, sobre vulnerabilidade das pessoas infectadas com o VIH/Sida a múltiplas infecções



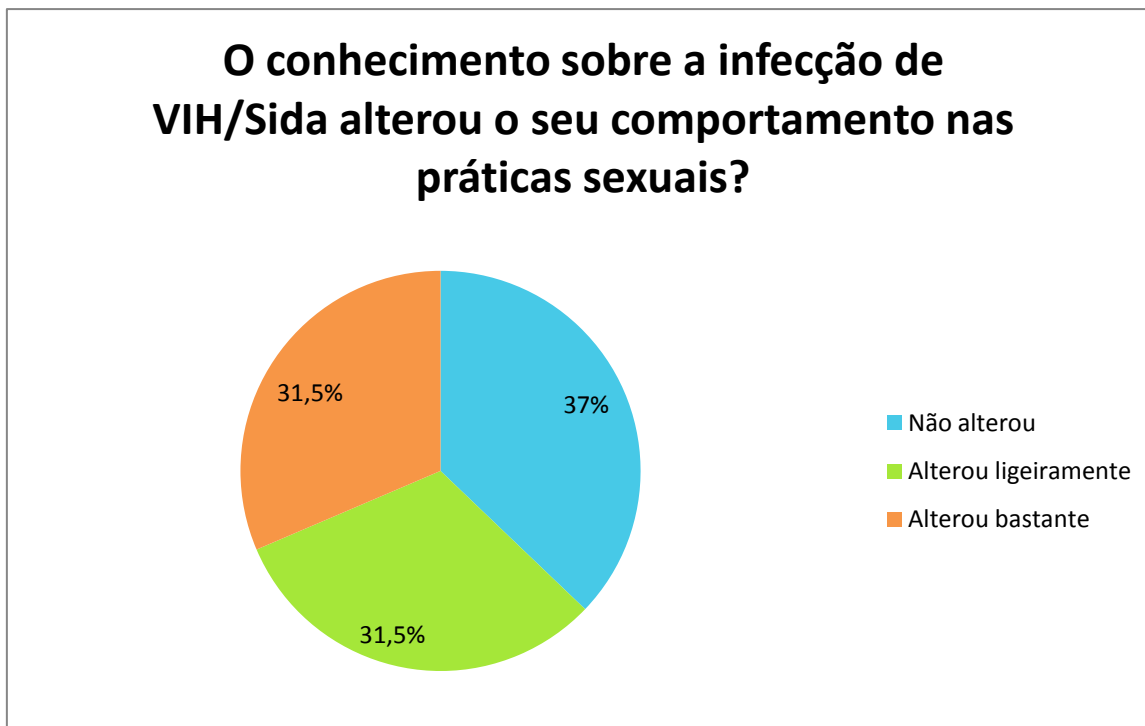
De acordo com a leitura do gráfico, uma percentagem maioritária de 89% (31 alunos) concorda que as pessoas com o VIH se tornam vulneráveis a infecções, denominadas de infecções oportunistas. Cerca de 11% (4 alunos) assinalou que não sabia.

**Gráfico nº 17** - Distribuição dos dados relativamente à existência da possibilidade de ser infectado com o VIH/Sida



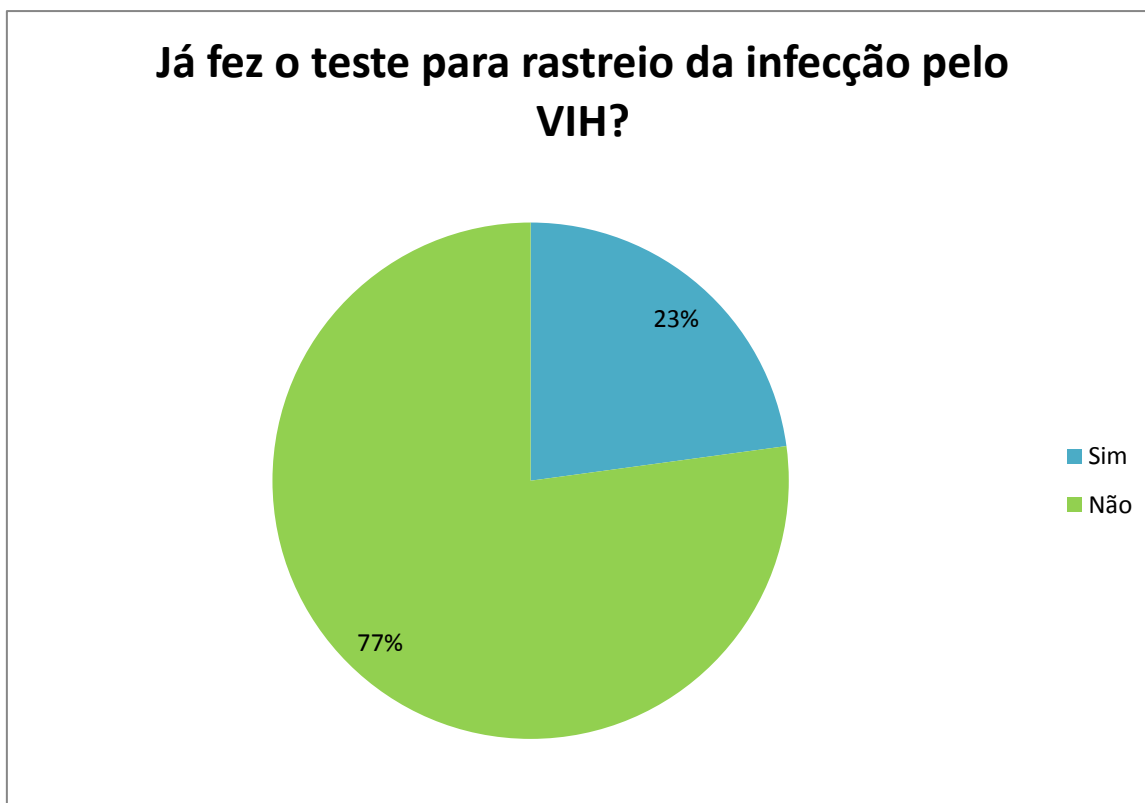
Procurou-se saber se os alunos pensam que existe alguma possibilidade de ser contagiado pelo vírus da Sida, à qual 41% (14) dos alunos responderam que existe essa possibilidade, 35% (12 alunos) refere que não existe essa possibilidade e 24% (8 alunos) desconhecem essa possibilidade.

**Gráfico nº 18** - Distribuição dos dados relativamente à alteração dos comportamentos nas práticas sexuais pelos alunos, incluídos na amostra, após o conhecimento sobre o VIH/Sida



Quando se fala em mudanças de práticas e comportamentos sexuais tendo por base os conhecimentos sobre o VIH/Sida, 37% (13 alunos) diz que não mudou as suas práticas e comportamentos sexuais, 31,5% (11 alunos) refere que mudou ligeiramente e por fim 31,5% (11 alunos) alterou bastante.

**Gráfico nº 19** - Distribuição dos dados relativamente à realização pelos alunos, incluídos na amostra, do rastreio da infecção pelo VIH.



Aquando a pergunta de realização do rastreio da infecção pelo VIH, a maioria da amostra 77% (27 alunos) refere ainda não ter realizado o teste, comparando com apenas 23% (8 alunos) que já realizaram o rastreio.

**Quadro nº 9** - Distribuição dos dados relativamente ao motivo de ter realizado o rastreio do VIH.

<b>Motivos</b>	<b>Frequência</b>	
	<b>Absoluta (nº)</b>	<b>Relativa (%)</b>
<b>Por estar grávida</b>	0	0
<b>Por curiosidade</b>	0	0
<b>Exames de rotina</b>	5	56
<b>Para dar sangue</b>	3	33
<b>Por causa de uma cirurgia</b>	0	0
<b>Foi-me aconselhado pelo médico</b>	0	0
<b>Após um comportamento de risco</b>	0	0
<b>Outros</b>	1	11

Relativamente ao motivo que levou os alunos a realizarem o rastreio da infecção pelo VIH, dos 23% (8 alunos) que responderam já ter realizado o rastreio, 56% (5 alunos) referem ter realizado o rastreio por exames de rotina, 33% (3 alunos) teve como motivo para a realização do rastreio a doação do sangue, 11% (1 aluno) mencionou o início de relação como o motivo para a realização do rastreio.

**Quadro nº 10** - Distribuição dos dados relativamente aos conhecimentos dos alunos do ensino superior, incluídos na amostra, sobre o VIH/Sida

Questões	Inquiridos que responderam correctamente
O sangue, o sémen, os fluidos vaginais e o leite materno são os únicos fluidos susceptíveis de transmitirem o VIH.	20 (57%)
O sémen tem uma concentração superior de vírus do VIH do que o sangue.	29 (83%)
Um pequeno corte na pele é suficiente para permitir a infecção pelo VIH.	27 (77%)
Os anti-corpos do VIH podem demorar até 10 anos a revelar-se.	33 (94%)
Em testes confidenciais, o nome do doente é associado aos resultados.	26 (74%)
A maioria dos filhos de mães portadoras do VIH não nasce com o vírus.	14 (40%)
As membranas mucosas do ânus são mais sensíveis do que as membranas da boca.	13 (37%)
Manter-se em boa forma física é a melhor maneira de evitar o VIH.	34 (97%)
Pode-se contrair a SIDA através de um beijo ou de um abraço.	32 (91%)
Os preservativos reduzem o risco de infecção pelo vírus da SIDA.	35 (100%)
A maioria das pessoas com SIDA começa a manifestar sinais de doença rapidamente.	31 (89%)
As relações sexuais sem preservativo aumentam o risco de contágio pelo VIH.	34 (97%)
Uma pessoa tem de ter muitos parceiros sexuais para correr o risco de ficar infectada com o VIH.	29 (83%)
As pessoas que são infectadas devido à partilha de agulhas não contagiam ninguém por via sexual.	34 (97%)
Existe cura para a Sida.	34 (97%)
Lavar material de injeção com água é um bom método para matar o vírus do VIH.	34 (97%)
Pode-se apanhar o VIH através de sexo oral.	28 (80%)
Manter uma boa forma física pode evitar que um portador do vírus do VIH se torne um doente com SIDA.	25 (71%)

Relativamente aos conhecimentos que os alunos do ensino superior possuem sobre a infecção VIH pode-se constatar que das 18 questões colocadas, 11 obtiveram resposta

correcta por mais de 80% e 2 perguntas obtiveram resposta abaixo de 50% (e foram acerca de) relacionadas com a via de transmissão vertical e com a diferença entre as membranas da boca e do ânus relativamente à sua sensibilidade.

**Quadro nº 11** - Distribuição dos dados relativamente ao meio de comunicação onde os alunos, incluídos na amostra, obtiveram a informação sobre o VIH/Sida

<b>Meios de Comunicação</b>	<b>Frequência</b>	
	<b>Absoluta (nº)</b>	<b>Relativa (%)</b>
<b>Centro de Saúde</b>	12	10
<b>Médico</b>	7	6
<b>Enfermeiro</b>	5	4
<b>Internet</b>	18	15
<b>Através de Amigos</b>	15	13
<b>Meios de Comunicação Social</b>	27	23
<b>Professores</b>	11	9
<b>Panfletos / Brochuras</b>	23	19
<b>Outros</b>	0	0
<b>Sem resposta</b>	1	1

Pretendeu-se conhecer o local onde os alunos inquiridos obtiveram a informação sobre a VIH/Sida, 12 (10%) dos alunos referem ter obtido informação no centro de saúde, 7 alunos (6%) mencionam o médico como meio de informação, 5 alunos (4%) referem o enfermeiro, 9 alunos (11%) referem os professores como fonte de informação, a preferência dos alunos para obtenção da informação vai para os meios de comunicação social com 23% (27 alunos), 19% (23 alunos) obtiveram a informação através de panfletos/brochuras, 15% (18 alunos) referem a internet como fonte de informação e 13% referem ter recolhido informação através de amigos. Um aluno (1%) não respondeu à questão.

### **3.2. Discussão dos Resultados**

No decorrer deste trabalho, após a apresentação e análise de dados, é imprescindível proceder à discussão dos resultados obtidos.

A compreensão e apreciação do conhecimento apresentam-se como um aspecto relevante de avaliar a atitude e as percepções dos indivíduos acerca de determinados assuntos.

Para a realização deste estudo foram entregues questionários a trinta e cinco alunos de uma Universidade do Norte do Portugal.

No que diz respeito à caracterização sócio-demográfica da amostra, é de referir que o género feminino predomina sobre o género masculino, o que vai de encontro com estudos realizados em que o total de alunos inscritos no ensino superior, o género feminino, relativamente ao género masculino, tem vindo a ser o mais representado.

Segundo o INE (2010), "(...) no ano lectivo de 2007/8, 59,6% dos/as diplomados/as no ensino superior eram mulheres. (...)"

Em relação à faixa etária dos indivíduos em estudo, verificou-se uma maior adesão ao processo de investigação por parte dos indivíduos entre os 22 e os 24 anos, integrando um total de 43% da amostra.

Segundo Veronesi et al, (2000), "A faixa etária mais acometida pela AIDS, em qualquer país estudado, tem sido a dos adultos jovens, desde o início da epidemia. (...)"

Os resultados demonstraram, ainda, que 94% (33 alunos) já tiveram ou tem parceiro sexual.

Pesquisa realizada com estudantes universitários de Portugal demonstrou que os jovens iniciam ou aumentam a frequência da prática sexual durante o período académico (Alvarez & Oliveira, 2007, cit. in Aidscongress, 2010).

Entre outros factores, o início precoce da actividade sexual, a multiplicidade de parceiros sexuais, a preferência para a utilização de métodos contraceptivos orais ou dispositivos intra-uterinos em vez da utilização e da procura dos métodos de barreira proporcionam o aumento da presença de doenças sexualmente transmissíveis.

Mediante os factores mencionados acima, achou-se importante para este estudo, conhecer com que idade os alunos do ensino superior iniciaram a sua actividade sexual.

Segundo o Instituto Português da Juventude, (1999), os jovens que se encontram na idade reprodutiva, cerca de 20% da população mundial tem idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos.

Os resultados do Inquérito à fecundidade e família evidenciam que a idade média para a ocorrência da primeira relação sexual é de 17,4 anos nos rapazes e de 19,8 anos nas raparigas (Reis e Matos, 2007 cit. in Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde).

Quanto aos comportamentos sexuais dos jovens, mais especificamente o número de parceiros sexuais, 13 alunos (40%) refere só ter tido um único parceiro sexual, 6 alunos (18%) menciona 2 parceiros sexuais desde o início da sua actividade sexual, 4 alunos (12%) tiveram 3 parceiros sexuais, 3 alunos (9%) referem 4 parceiros sexuais e em relação à opção número de parceiros sexuais maior ou igual a 5 responderam 5 alunos (15%).

Vários estudos, realizados no âmbito dos comportamentos sexuais, consideram os jovens um grupo prioritário de intervenção na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, devido ao início da actividade sexual ser cada vez mais cedo, à duração dos relacionamentos, à existência de parceiros ocasionais e ao uso inadequado dos métodos contraceptivos.

(...) o início precoce de uma actividade sexual tem sido identificado como o mais importante factor de risco para os adolescentes para serem infectados pelo VIH. (...) (Cruz, 2005).

As consultas de Planeamento Familiar são uma componente fundamental na prestação dos cuidados na saúde reprodutiva, para tal, segundo a Direcção Geral de Saúde (2010), a consulta de Planeamento Familiar deve assegurar, entre outros, a informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das infecções sexualmente transmissíveis.

Os inquiridos frequentam as consultas de planeamento familiar na sua maioria no centro de saúde (74%) e no médico particular (21%). É de salientar que existem alunos que referem frequentar as consultas de planeamento no centro de saúde e médico particular.

Segundo o INE (2007), os locais de vigilância de planeamento familiar mais frequentemente referidos são o consultório/clínica privada (23,7%) e os centros de saúde (45,5%).

Em relação aos métodos contraceptivos utilizados pelos alunos do ensino superior destacam-se como métodos escolhidos a pílula com 53% e o preservativo masculino com 45%.

Segundo o estudo realizado pelo INE (2007), "(...) A pílula destacou-se como o método contraceptivo mais utilizado (65,9%), seguindo-se o preservativo (13,4%) e o dispositivo intra-uterino (8,8%)."

Citando Almeida, 1996, cit. in Reis e Matos, 2007,

(...) os métodos mais utilizados pelos jovens eram o preservativo, a pílula e o coito interrompido; o uso deste último deve-se provavelmente, por um lado ao facto do relacionamento dos jovens ser muitas vezes esporádico e, por outro devido ao desconhecimento da eficácia.

No Inquérito à Fecundidade e à Família, realizado em pelo INE em 2001, verificou-se que o uso do preservativo tem vindo a aumentar embora a pílula ainda seja o método contraceptivo mais utilizado.

Além disso, considerando todas as vezes que os participantes tiveram relações sexuais, 52% (17) dos jovens afirmaram ter utilizado sempre um método contraceptivo para evitar a transmissão da infecção VIH/Sida e 48% (16 alunos) nem sempre utilizou algum método para a prevenção da infecção. Dos participantes que afirmaram nem sempre utilizar método contraceptivo para evitar a transmissão do VIH/Sida, 36% eram do sexo feminino.

Como se pode comprovar através do estudo “Youth Risk Behavior Surveillance”, em 2005, cit. in Reis e Matos, 2007, evidencia,

(...) que 62.8% dos estudantes afirmaram ter utilizado o preservativo na última relação sexual, em que os rapazes (70%) utilizaram mais o preservativo do que as raparigas (55.9%).

Com relação aos indivíduos que referiram ter utilizado sempre em todas as relações sexuais algum método contraceptivo para a prevenção da infecção do VIH/Sida, entre os métodos escolhidos/utilizados pelos jovens encontram-se o preservativo masculino com 67% (16 alunos), a pílula com 25% (6 alunos) e o coito interrompido com 8% (2 alunos).

Analisando alguns estudos realizados no âmbito da utilização dos métodos contraceptivos, verificou-se que os jovens, no geral, não utilizam qualquer método contraceptivo ou então utilizam de forma irregular ou incorrecta os métodos contraceptivos, expondo-se a comportamentos de risco.

No que diz respeito à recusa de relações sexuais por não terem preservativos disponíveis, os alunos na sua maioria 67% (22 alunos) referem que já recusaram, 27% (9 alunos) diz que nunca recusou.

Quanto aos comportamentos que estão mais associados à não utilização dos métodos contraceptivos, pode-se mencionar as dificuldades em comunicar com o parceiro sexual e por outro lado, o facto de ter relacionamentos mais estáveis.

Relativamente ao método contraceptivo que os alunos consideram mais seguro na prevenção da infecção pelo VIH, as opiniões dividem-se entre a pílula, preservativo masculino e preservativo feminino. Sendo que a maioria 72% (34 alunos) refere o preservativo masculino com o método mais eficaz na prevenção, de seguida 13% da

amostra (6 alunos) referem o preservativo feminino e uma pequena parte 9% da amostra (4 alunos) refere a pílula como método contraceptivo eficaz na prevenção.

O "sexo seguro" refere-se a actividades sexuais que reduzem o risco de contrair o VIH, como no caso da utilização do preservativo. A pílula, no entanto, não evita a transmissão do VIH através das relações sexuais, embora tenha sido referida por uma pequena parte da amostra, reflecte ainda conhecimentos inadequados pela parte dos jovens.

Pretendeu-se saber em que situações os alunos insistiriam na utilização do preservativo como método contraceptivo, 49% (18 alunos) referem insistir na utilização do método contraceptivo em todas as relações sexuais, 35% (13 alunos) insistem na utilização do preservativo apenas na primeira relação sexual com um novo parceiro e 16% (6 alunos) referem insistir na utilização do preservativo apenas quando o parceiro suscite dúvidas.

O facto de os alunos não insistirem na utilização do preservativo em todas as relações sexuais, poderá estar relacionado com a fidelidade e a confiança no parceiro e também pela falta de conhecimentos em relação às doenças sexualmente transmissíveis.

O termo "Sida" faz parte do vocabulário quotidiano e, como tal, reconhecido nos dicionários de língua portuguesa. Correspondendo à sigla formada pelas primeiras letras da expressão Síndrome de Imunodeficiência Humana.

Contudo verifica-se desconhecimento por alguma parte dos inquiridos no que corresponde ao significado da sigla Sida, mais concretamente 20% da amostra. Dos 20% da amostra referidos anteriormente, 4 alunos (11%) referem ser uma doença que afecta o sistema imunitário, 1 aluno (3%) refere ser Síndrome de imunodeficiência humana, 1 aluno (3%) síndrome de imunodependência adquirida.

Relativamente aos mecanismos de transmissão da infecção pelo VIH/Sida, os alunos referem como mecanismos de transmissão maioritariamente as secreções vaginais com 19%, 24% da amostra refere transfusão sanguínea, 20% menciona o esperma, a partilha de utensílios de higiene pessoal é seleccionada por 16% e a picadas de mosquito com 9%. As outras opções embora assinaladas em minoria, não foram excluídas pelos alunos, sendo assim, 1% dos alunos acha que a infecção pode transmitir-se por um abraço ou aperto de mão e partilha da mesma habitação, as opções partilha de utensílios

alimentares e/ou alimentos e respiração, tosse ou espirros foram assinaladas por 3% da amostra e por fim 4% da amostra refere o beijo íntimo boca a boca como mecanismo de transmissão da infecção do VIH/Sida.

Há aspectos sobre os quais os inquiridos tem ideias erradas, neste caso, em relação aos mecanismos de transmissão do VIH. Este facto pode levar a comportamentos de risco ou, mesmo, à discriminação de indivíduos portadores ou possíveis portadores do VIH.

No que diz respeito à transmissão vertical da infecção os alunos na sua maioria 46% (17 alunos) referem que a transmissão poderá efectuar-se antes de nascer, 30% da amostra (11 alunos) menciona que a transmissão pode ocorrer antes de nascer, durante o parto e o aleitamento, 16% da amostra (6 alunos) referem que a transmissão apenas pode ocorrer durante o parto e 3% (1 aluno) durante o aleitamento.

Em relação a uma via de transmissão mais específica, como é o caso da transmissão vertical reflecte-se a existência de conhecimentos incorrectos ou a própria inexistência de conhecimentos. Existem muitas duvidas em relação a esta via de transmissão.

Segundo Veronesi (2000, p. 38), a transmissão mãe/filho pode ocorrer intra-útero, no parto, ou através da amamentação.

Perante a questão sobre a vulnerabilidade dos indivíduos infectados com o VIH/Sida a infecções oportunistas, a maioria dos inquiridos 89% (31 alunos) concorda que as pessoas com o VIH se tornam vulneráveis a infecções oportunistas e 11% (4 alunos) assinalou que não sabia.

A verdade é que os indivíduos portadores do VIH/Sida estão susceptíveis a doenças oportunistas, que podem ser causadas por vírus, bactérias, entre outros.

Procurou-se saber se os alunos pensam que existe alguma possibilidade de ser contagiado pelo vírus da Sida, à qual 41% (14) dos alunos responderam que existe essa possibilidade, 35% (12 alunos) refere que não existe essa possibilidade e 24% (8 alunos) desconhecem essa possibilidade.

Todos as pessoas podem ser contagiadas pelo vírus VIH, pelo que é imprescindível a adopção de comportamentos e atitudes adequados para a prevenção da transmissão.

Assim é necessário investir no aumento do conhecimento acerca da patologia e formas de transmissão, nomeadamente nos grupos mais em risco, como por exemplo os jovens adultos. Pois existem vários factores que proporcionam o possível contágio, como a falta de conhecimento ou conhecimentos incorrectos, comportamentos de risco ou mesmo factores acidentais.

Na prevenção da infecção VIH/Sida é importante a prevalência de práticas e comportamentos sexuais seguros. Neste sentido, foi questionado os alunos sobre a mudança das práticas e comportamentos sexuais tendo por base os conhecimentos sobre o VIH/Sida, os quais 37% (13 alunos) diz que não mudou as suas práticas e comportamentos sexuais, 31,5% (11 alunos) refere que mudou ligeiramente e por fim 31,5% (11 alunos) alterou bastante.

Conforme Reis e Matos, 2007, cit. in Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde,

Segundo alguns estudos se os jovens possuírem conhecimentos, informação e motivação, podem mudar as suas atitudes e, posteriormente, os seus comportamentos, percebendo que a sexualidade pode ser vivida de forma saudável e feliz, precisando apenas de ter uma atitude positiva, ou seja, utilizando contraceção correcta que o proteja (...) de uma IST.

Aquando a pergunta de realização do rastreio da infecção pelo VIH, 77% da amostra (27 alunos) refere ainda não ter realizado o teste, comparando com apenas 23% (8 alunos) que já realizaram o rastreio.

Um estudo realizado pela Marktest para a Coordenação Nacional para a Infecção VIH/Sida, no ano de 2006, revela que os portugueses se preocupam com o problema da Sida, mas poucos são os que já realizaram o rastreio ( Portal da Saúde, 2010).

Atendendo ao pressuposto inicial de verificar se os jovens possuem conhecimentos adequados face ao VIH, no decurso do estudo foi possível constatar que, apesar da grande quantidade de informação disponível, os jovens adultos apresentam alguns conhecimentos incorrectos.

Relativamente às afirmações verdadeiras e falsas, presentes no questionário podemos verificar que as afirmações verdadeiras foram correctamente assinaladas pela maioria

dos alunos como verdadeiras, sendo que só uma afirmação verdadeira teve o consenso dos alunos obtendo 100% de respostas verdadeiras. As afirmações falsas foram também assinaladas na sua maioria como falsas, embora nenhuma tenha sido referida por todos os alunos, algumas afirmações não tiveram a resposta de todos os alunos.

A concretização deste estudo prendeu-se com a existência ou não de conhecimentos e comportamentos por parte dos alunos do ensino superior relativamente à infecção pelo VIH/Sida. Podendo o conhecimento ser transmitido e/ou retirado de vários meios de comunicação.

Pretendeu-se conhecer o local onde os alunos inquiridos obtiveram a informação sobre a VIH/Sida, estes referem ter obtido informação através do centro de saúde, do médico, do enfermeiro, dos professores, mas a preferência dos alunos para obtenção da informação vai para os meios de comunicação social como a internet, os panfletos/brochuras e através de amigos.

Uma monitorização sistemática a nível nacional do risco comportamental dos jovens devia ser um componente essencial do programa de vigilância nacional do VIH. As mensagens futuras de prevenção da Sida devem incidir nas vias de transmissão, bem como as formas através das quais o VIH não se transmite.

A necessidade de correr riscos até aos limites da vida e da morte para apreender o verdadeiro sentido da vida, associado à valorização do momento e dos prazeres faz com que a maior parte das vezes o adolescente se considere invulnerável ao perigo.

Conclui-se que são necessários mais dados e investigação para poder comparar o conhecimento sobre o VIH, o risco comportamental e a percepção dos jovens.

## CONCLUSÃO

A enfermagem como profissão em evolução e em constante procura da excelência dos cuidados prestados, vai buscar à investigação atributos preciosos. Essa é a principal razão porque cada vez mais os enfermeiros desenvolvem trabalhos nesta área, à parte das razões académicas.

Optou-se pela escolha do tema na área do "Conhecimento e Comportamentos face ao VIH/Sida em Alunos do Ensino Superior", uma vez que a temática é de interesse do investigador.

Para a elaboração deste trabalho, optou-se por um estudo descritivo simples, de modo a poder descrever os fenómenos a estudar, através de uma abordagem quantitativa, por se acreditar ser mais adequada ao estudo, tendo presente os objectivos delineados.

O estudo foi desenvolvido numa Universidade da Região Norte de Portugal, tendo-se aplicado o instrumento de colheita de dados, o questionário, a uma amostra constituída por trinta e cinco indivíduos.

A eleição do questionário como instrumento de colheita de dados surgiu com o intuito de este ser preenchido de forma mais verdadeira e sincera possível, tendo sempre presente os direitos éticos de cada indivíduo.

A colheita de dados verificou-se em meio natural, no sentido em que os indivíduos se encontravam à saída da universidade, nos dias e horas seleccionadas pelo investigador, tratando-se de um processo amostral aleatório simples accidental.

Após a colheita de dados, procedeu-se ao tratamento dos mesmos através de suporte informático, Microsoft Office Excel 2007, para uma posterior apresentação através de quadros e gráficos o que facilita a subsequente leitura e análise dos dados.

Através da análise dos dados pôde-se concluir que os jovens adultos inquiridos no que respeita aos conhecimentos sobre o VIH/ Sida ainda apresentam alguns conhecimentos incorrectos sobre o tema, nomeadamente em relação às vias de transmissão, ao significado da sigla Sida. Quanto aos comportamentos adoptados para a prevenção da infecção, verificou-se que alguns dos inquiridos apresentam alguns comportamentos de

risco como o número de parceiros sexuais, a não utilização do preservativo como método de eleição em todas as relações sexuais.

Perante os conhecimentos que os alunos do ensino superior possuem acerca do tema em questão, foi-lhes questionado se o conhecimento sobre a infecção pelo VIH, alterou de algum modo o seus comportamentos, ao que os alunos reponderam pela maioria não ter alterado 37%, e com a mesma percentagem de 31,5%, referem que mudou ligeiramente e outros que alterou bastante.

Um estudo da ONUSIDA, de 1997, sobre 53 estudos apreciadores da eficácia de programas de prevenção da infecção VIH e problemas de saúde relacionados com aquela, entre a população jovem, concluiu que programas de educação sexual nas escolas são um meio eficaz para a redução dos comportamentos de risco associados à infecção VIH/Sida e outras DST's, entre crianças e adolescentes.

Após a discussão dos resultados obtidos, considera-se que todos os objectivos pessoais e académicos a que o investigador se tinha proposto foram atingidos.

Torna-se importante realçar que devido à reduzida representatividade do estudo não foi possível retirar conclusões que abranjam uma população, deste modo os resultados obtidos apenas têm a ver com o contexto estudado. Neste sentido sugere-se a realização de estudos posteriores de forma a poder-se alargar a amostra.

A elaboração deste trabalho monográfico realizou-se em primeiro contacto prático com a área de investigação em Enfermagem. As dificuldades foram de facto sentidas, dada a inexperiência neste tipo de trabalho, mas no entanto foram sendo superadas com o empenho pessoal e com a colaboração e apoio e disponibilidade da orientadora.

Com o término deste trabalho, pode-se dizer que esta experiência foi extremamente enriquecedora, pois para além de permitir aprofundar conhecimentos sobre a temática em estudo, também permitiu compreender a verdadeira importância de realizar a investigação.

Para finalizar, que com a realização deste trabalho se pretende abrir algumas portas para outras investigações e demonstrar a importância de formações sobre o tema estudado direccionada aos jovens.

## BIBLIOGRAFIA

Aidscongress, (2005). 6º Congresso - Comunicação - Tema: Epidemiologia, Prevenção e Saúde Pública - Prevenção da transmissão do VIH em mulheres em idade reprodutiva. [Em linha]. Disponível em <[http://www.aidscongress.net/html/article7cba.html?id\\_comunicacao=255](http://www.aidscongress.net/html/article7cba.html?id_comunicacao=255)>. [Consultado em 05/09/2010];

AIDSPortugal, (2010). Como evolui a doença?. [Em linha]. Disponível em <<http://www.aidsportugal.com/comoevolui@42.aspx>>. [Consultado em 23/07/2010];

Araújo, M. (2005). *Sida no Feminino - Percepções e Implicações na Sexualidade e Maternidade*. Coimbra, Formasau - Formação e Saúde, Lda.;

Associação para o Planeamento Familiar. (2010). Saúde Sexual e Reprodutiva. [Em linha]. Disponível em <<http://www.apf.pt/apf.php?area=300>>. [Consultado em 23/07/2010];

Bannister, A.; Norman, B; Stephen, G. (2000). *As doenças infecciosas*. Lisboa. Instituto Piaget;

CDC, (2007). Living with HIV/AIDS - CDC. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.cdc.gov/hiv/resources/brochures/livingwithhiv.htm>>. [Consultado em 14/07/2010];

Coordenação Nacional para a Infecção VIH/Sida. (2007). *Enfermagem - Modelos de Intervenção*. [Em Linha]. Disponível em <[http://www.aidsportugal.com/Modules/WebC\\_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=17](http://www.aidsportugal.com/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=17)>. [Consultado em 14/07/2010];

Cruz, S. (2005). 6º Congresso - Comunicação - Tema: Epidemiologia, Prevenção e Saúde Pública - Prevenção da transmissão do VIH em mulheres em idade reprodutiva. [Em linha]. Disponível em <[http://www.aidscongress.net/html/article7cba.html?id\\_comunicacao=255](http://www.aidscongress.net/html/article7cba.html?id_comunicacao=255)>. [Consultado em 05/09/2010]

Direcção Geral de Saúde, (2010). Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.dgs.pt>>. [Consultado em 14/07/2010];

Duque, V. (2005). *Subtipos Genéticos e Resistência do HIV-1*. Coimbra, Editora MinervaCoimbra.

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação - da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.

Hicks, C. (2006). *Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos: Concepção de Projectos de Aplicação e Análise*. Loures, Lusociência.

Hulley, S.; Cummings, S.; Browner, W.; Grady, D.; Newman, T., (2008). *Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre, Artmed Editora S.A.

Hunt, R. (2010). Virology - Chapter Seven Part Three Human Immunodeficiency Virus And Aids The Course Of The Disease. [Em linha] Disponível em <<http://pathmicro.med.sc.edu/lecture/HIV3.htm>>. [Consultado em 05/07/2010]

Instituto Nacional de Estatística. (2010). Indicadores Sociais - 2008. [Em linha]. Disponível em <[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOE\\_Spub\\_boui=62622412&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=62622412&PUBLICACOESmodo=2)>. [Consultado em 24/07/2010]

Instituto Nacional de Estatísticas. (2007). 4º Inquérito Nacional de Saúde - 2005/2006 . [Em linha]. Disponível em <<http://www.ine.pt>>. [Consultado em 24/07/2010]

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2008). Infecção VIH/Sida. [Em linha]. Disponível em <[www.insa.pt/sites/Portugues/AreasCientificas/DoencasInfecciosas/Paginas/InfeccaoVIH\\_SIDA.aspx](http://www.insa.pt/sites/Portugues/AreasCientificas/DoencasInfecciosas/Paginas/InfeccaoVIH_SIDA.aspx)>. [Consultado em 07/07/2010]

Kamps, B. e Hoffmann, C. (2006). HIVmedicine. [Em linha]. Disponível em <[http://hivmedicine.aidsportugal.com/html/01\\_Introduction.html](http://hivmedicine.aidsportugal.com/html/01_Introduction.html)>. [Consultado em 12/07/2010]

Lakatos, E.; Marconi, M., (2003). *Fundamentos da Metodologia Científica*. São Paulo, Editora Atlas;

Lakatos, E.; Marconi, M., (2007). *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo, Editora Atlas S.A.;

Lecour, H.; Castro, R. (2004). Infecção VIH/Sida 2º Curso de Pós-graduação - Colectânea de textos. Vila Nova de Famalicão, Papelmunde.

Oliveira, A. (2008). *Preservativo, Sida e Saúde Pública: factores que condicionam a adesão aos mecanismos de prevenção do VIH/SIDA*. Coimbra. Imprensa da Universidade de Coimbra.

ONUSIDA. (2010). Informe sobre la epidemia mundial de sida, 2008. [Em linha]. Disponível em <<http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/>>. [Consultado em 10/07/2010]

Pimentel, P.; Silva, J.; Saldanha, A. (2008). 9º Congresso - Comunicação - Tema: Epidemiologia, Prevenção e Saúde Pública - Uso de preservativo e atitudes de estudantes universitários frente ao HIV/AIDS: entre o saber e o exercício do saber. [Em linha] Disponível em <[http://www.aidscongress.net/html/article531a.html?id\\_comunicacao=354](http://www.aidscongress.net/html/article531a.html?id_comunicacao=354)>. [Consultado em 20/07/2010]

Polit, D.; Hungler, B., (2000). *Investigacion Cientifica en Ciencias de La Salud*. México, McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.

Portal da Saúde, (2010). Perspectiva dos Portugueses sobre a Sida. [Em linha]. Disponível em <<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/sida.htm>>. [Consultado em 20/07/2010]

Potter, P.; Perry, A. (2005). *Fundamentos de Enfermagem*. Volume I. Rio de Janeiro. Elsevier Editora;

Reis, M. e Matos, M. (2007). *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologia da Saúde. Conhecimentos e Atitudes face ao uso de Métodos Contraceptivos e à Prevenção das ISTs em Jovens*. [Em linha]. Disponível em <<http://revistas.ulusofona.pt/index.php/revistasauade/article/viewFile/679/571>>. [Consultado em 20/07/2010]

Roche. (2010). *Defesa do Organismo - Sistema Imunológico*. [Em linha]. Disponível em <[http://www.roche.pt/sida/sistema\\_imunitario/index.cfm](http://www.roche.pt/sida/sistema_imunitario/index.cfm)>. [Consultado em 02/07/2010]

Roche. (2010). *O que é a SIDA - Sintomas*. [Em linha]. Disponível em <[http://www.roche.pt/sida/o\\_que\\_e\\_a\\_sida/hivsida2.cfm](http://www.roche.pt/sida/o_que_e_a_sida/hivsida2.cfm)>. [Consultado em 02/07/2010]

Rubin, E.; Gorstein, F.; Rubin, R.; Schwarting, R.; Strayer, D. (2006). *Rubin Patologia - Bases Patológicas da Medicina, 4ª edição*. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan S.A.

Salomão, R.; Pignatari, A. (2004). *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/Escola Paulista de Medicina - Infectologia*. São Paulo. Editora Manole.

Seeley, R; Stephens, T.; Tate, P. (2005). *Anatomia e Fisiologia*. Loures. Lusociência

Souza, M. (2000). *Assistência de Enfermagem em Infectologia*. São Paulo, Editora Atheneu.

Tavira, L.; Atouguia, J. (2006). *Infecções Sexualmente Transmissíveis - Saúde Tropical*. Lisboa. Universidade Aberta.

UNAIDS. (2010). *Report on the global AIDS epidemic*. [Em linha] Disponível em <<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/>>. [Consultado em 20/07/2010]

UNRIC. (2010). Ficha Informativa: VIH e os Jovens. [Em linha] Disponível em <<http://www.unric.org/pt/ano-internacional-da-juventude/28883>>. [Consultado em 20/07/2010]

Veronesi, R.; Focaccia, R.; Lomar, A. (2000). *HIV/AIDS - etiologia, patogenia e patologia clínica: tratamento e prevenção*. São Paulo. Editora Atheneu.

# Apêndices

# Apêndice II

(Questionário)

**Questionário**

Eu, Sónia Manuela da Silva Pinto, aluna do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, encontro-me a realizar uma investigação “Conhecimentos e Comportamentos face ao VIH/Sida dos alunos do ensino superior”.

Pretende-se como objectivo verificar qual os conhecimentos e medidas de prevenção dos alunos do ensino superior.

Para a concretização dos objectivos referidos, solicita-se a sua colaboração no preenchimento do seguinte questionário.

O questionário é de carácter anónimo e toda a informação recolhida destina-se apenas a investigação particular, sendo tratada de forma rigorosamente confidencial, não havendo a mínima possibilidade, sob qualquer circunstância, de invasão da sua privacidade.

Para o preenchimento deste questionário assinale com uma cruz (X) no quadrado que melhor corresponde à sua situação e/ou opinião e preencha os espaços em branco quando a situação o justificar.

Agradeço desde já o tempo dispendido e a sinceridade das suas respostas.

**A Aluna**

---

(Sónia Manuela da Silva Pinto)

**1. Género**

Feminino

Masculino

**2. Idade:**

18

19 – 21

22 – 24

25 – 27

> 27

**3. Curso que frequenta:** \_\_\_\_\_]

**4. Em tempo de aulas vive:**

Sozinho

Com os pais

Numa residencial universitária

Casa própria

Residência para estudantes

Casa/apartamento partilhada com amigos

**5. Já iniciou a sua actividade sexual?**

Sim

Não

Se respondeu NÃO , passe à pergunta N.º 12

**6. Com que idade iniciou a sua actividade sexual:**

≤ 13

14

15

16

17

18

≥ 19

**7. Desde que iniciou a sua actividade sexual quantos parceiros sexuais teve:**

1

2

3

4

≥ 5

**8. Frequenta alguma consulta de Planeamento Familiar:**

Sim  Não

**8.1. Se sim, onde:**

Centro de Saúde

Médico Particular

CAJ (consulta de atendimento ao jovem)

Outros:

**9. Utiliza algum método contraceptivo:**

Sim  Não

**9.1. Se sim, qual ou quais:**

Pílula

Preservativo Masculino

Diafragma

Espermicidas

Abstinência Periódica

Preservativo Feminino

Dispositivo Intra-Uterino

Coito Interrompido

Outros:

**10. Utilizou(a) sempre em todas as suas relações sexuais, algum método contraceptivo para evitar a transmissão da infecção do VIH/Sida.**

Sim  Não

**10.1. Se respondeu sim à questão anterior, qual ou quais o(s) método(s) escolhido(s)**

Espermicidas

Diafragma

Coito Interrompido

Pílula

Preservativo Masculino

Preservativo Feminino

Abstinência Periódica

Dispositivo Intra-Uterino (DIU)

Outros:

**11- Já alguma vez recusou ter relações sexuais por não ter preservativos disponíveis?**

Sim  Não

**12. Qual o(s) método(s) contraceptivo(s) que considera mais seguro(s) na prevenção da infecção pelo VIH?**

Espermicidas

Diafragma

Coito Interrompido

Pílula

Preservativo Masculino

Preservativo Feminino

Abstinência Periódica

Dispositivo Intra-Uterino (DIU)

Outros:

**13 – Numa relação sexual insistirá na utilização de preservativo como método contraceptivo?**

Na primeira relação sexual com novo parceiro  Em todas as relações sexuais

Sempre que o parceiro suscite dúvidas  Quando se lembra

Em nenhuma relação sexual

**14 - O que significa a sigla SIDA?**

Doença que afecta o sistema imunitário  Síndrome de Imunidade

Síndrome de Imunodeficiência Adquirida  Síndrome de Imunodeficiência Humana

Síndrome de Imunodependência Adquirida

**15 - A Sida pode transmitir-se por: (Escolha a(s) opção(ões) mais correctas)**

Abraço ou Aperto de mão  Picadas de mosquito

Respiração, tosse ou espirros  Transfusão sanguínea

Secreções vaginais  Esperma

Partilha da mesma habitação  Partilha de utensílios alimentares e/ou alimentos

Beijo íntimo boca a boca  Partilha de utensílios de higiene pessoal (laminas de barbear, escova de dentes, ...)

**16 - Uma mulher grávida, seropositiva, pode transmitir o VIH ao seu filho?**

Antes de nascer

Durante o parto

Durante o aleitamento

Antes de nascer, durante o parto e aleitamento

Durante o parto e aleitamento

Nunca

**17 - As pessoas infectadas com VIH/Sida são vulneráveis a múltiplas infecções?**

Sim

Não

Não sei

**18 - Pensa que existe a possibilidade de ser contagiado(a) pelo vírus da sida?**

Sim

Não

Não sei

**19- O conhecimento sobre a infecção de VIH/Sida alterou o seu comportamento nas práticas sexuais?**

Não alterou

Alterou ligeiramente

Alterou bastante

**20 - Já fez o teste para rastreio da infecção pelo VIH?**

Sim

Não

**20.1. Se respondeu Sim à questão anterior, porquê?**

Por estar grávida

Por causa de uma cirurgia

Exames de rotina

Foi-me aconselhado pelo médico

Por curiosidade

Após um comportamento de risco

Para dar sangue

Outros:



**21 - Instruções:** Abaixo, encontram-se algumas afirmações sobre VIH e SIDA. Por favor, classifica-as como verdadeiras ou falsas.

O sangue, o sémen, os fluidos vaginais e o leite materno são os únicos fluidos susceptíveis de transmitirem o VIH.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso
O sémen tem uma concentração superior de vírus do VIH do que o sangue.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso
Um pequeno corte na pele é suficiente para permitir a infecção pelo VIH.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso
Os anti-corpos do VIH podem demorar até 10 anos a revelar-se.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso
Em testes confidenciais, o nome do doente é associado aos resultados.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso
A maioria dos filhos de mães portadoras do VIH não nasce com o vírus.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso
As membranas mucosas do ânus são mais sensíveis do que as membranas da boca.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso
Manter-se em boa forma física é a melhor maneira de evitar o VIH.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso
Pode-se contrair a SIDA através de um beijo ou de um abraço.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso
Os preservativos reduzem o risco de infecção pelo vírus da SIDA.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso
A maioria das pessoas com SIDA começa a manifestar sinais de doença rapidamente.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso
As relações sexuais sem preservativo aumentam o risco de contágio pelo VIH.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso
Uma pessoa tem de ter muitos parceiros sexuais para correr o risco de ficar infectada com o VIH.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso
As pessoas que são infectadas devido à partilha de agulhas não contagiam ninguém por via sexual.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso
Existe cura para a Sida.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso
Lavar material de injeção com água é um bom método para matar o vírus do VIH.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso
Pode-se apanhar o VIH através de sexo oral.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso
Manter uma boa forma física pode evitar que um portador do vírus do VIH se torne um doente com SIDA.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso



**22 - Onde obteve a informação/conhecimentos sobre a infecção pelo VIH/Sida?**

Centro de Saúde

Meios de Comunicação social

Médico

Professores

Enfermeiro

Panfletos/brochuras

Internet

Através de amigos

Outros:

**Obrigada!!** 😊 😊 😊 😊

# **Anexos**

# **Anexo I**

**(Evolução da Epidemia da Sida)**

**Quadro 1- SIDA**

**Distribuição dos casos por data de diagnóstico e de notificação**

**01/01/1983 – 31/12/2009**

<b>Ano</b>	<b>Casos por data de DIAGNÓSTICO</b>	<b>Casos por data de NOTIFICAÇÃO*</b>
1983	1	0
1984	4	0
1985	29	18
1986	41	30
1987	81	47
1988	142	109
1989	202	154
1990	263	226
1991	307	246
1992	441	385
1993	569	465
1994	697	612
1995	829	692
1996	1 000	898
1997	1 025	896
1998	1 066	874
1999	1 160	1 012
2000	1 049	1 122
2001	1 037	975
2002	1 051	1 071
2003	957	956
2004	831	1 006
2005	797	981
2006	682	807
2007	584	827
2008	543	704
2009	297	572
Não referido	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>15 685</b>	<b>15 685</b>

\* **DATA DE NOTIFICAÇÃO** – data em que o médico NOTIFICA o caso sendo diferente da data de recepção.

Fonte: DDI-URVE

(Fonte: INSA, 2010)

## **Anexo II**

**(Distribuição dos casos por grupo etário e género)**

**Quadro 2 - SIDA**  
**Distribuição dos casos por grupo etário e género**  
**01/01/1983 – 31/12/2009**

GRUPO ETÁRIO	SEXO			TOTAL	
	Masculino	Feminino	Não referido	Nº	%
0 - 11 meses	24	28	0	52	0.3
1 - 4 anos	14	18	0	32	0.2
5 - 9 anos	16	9	0	25	0.2
10 - 12 anos	6	0	0	6	0.0
13 - 14 anos	11	5	0	16	0.1
15 - 19 anos	107	63	0	170	1.1
20 - 24 anos	906	317	0	1 223	7.8
25 - 29 anos	2 289	584	1	2 874	18.3
30 - 34 anos	2 714	519	0	3 233	20.6
35 - 39 anos	2 271	439	0	2 710	17.3
40 - 44 anos	1 569	286	0	1 855	11.8
45 - 49 anos	974	208	0	1 182	7.5
50 - 54 anos	698	152	0	850	5.4
55 - 59 anos	415	105	0	520	3.3
60 - 64 anos	312	97	0	409	2.6
≥ 65 anos	375	83	0	458	2.9
Não referido	61	9	0	70	0.4
<b>TOTAL</b>	<b>12 762</b>	<b>2 922</b>	<b>1</b>	<b>15 685</b>	<b>100</b>

Fonte: DDI-URVE

(Fonte: INSA, 2010)

## **Anexo III**

**(Distribuição dos casos por categorias de transmissão e ano de diagnóstico)**

**Quadro 3 - SIDA**

**Distribuição dos casos por categorias de transmissão e ano de diagnóstico  
01/01/1983 – 31/12/2009**

Categorias de Transmissão	Ano de Diagnóstico										Total	
	≤2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Não referido	Nº	%
Homo ou Bissexuais	1 475	74	80	63	63	63	50	66	39	0	1 973	12.6
Tóxico-dependentes	4 972	508	412	328	347	261	174	148	70	0	7 220	46.0
Homo/Tóxico-dependentes	101	4	4	3	5	0	2	0	0	0	119	0.8
Hemofílicos	59	2	1	0	3	1	0	1	0	0	67	0.4
Transfusionados	124	5	3	0	0	0	0	0	0	0	132	0.8
Heterossexuais	2 881	442	434	419	363	345	349	309	177	0	5 719	36.5
Mãe/Filho	74	7	2	3	4	3	2	4	2	0	101	0.6
Nosocomial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Não referida	257	9	21	15	12	9	7	15	9	0	354	2.3
<b>TOTAL</b>	<b>9 943</b>	<b>1 051</b>	<b>957</b>	<b>831</b>	<b>797</b>	<b>682</b>	<b>584</b>	<b>543</b>	<b>297</b>	<b>0</b>	<b>15 685</b>	<b>100</b>

Nota: O ano de 2001 inclui os casos de 1983 a 2001.

Fonte: DDI-URVE

(Fonte: INSA, 2010)